

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GOITRES DE LA BASE
DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Novembre 1922

PAR

Francis-René DORÉ

Externe des Hôpitaux

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Croix de Guerre

Né à Cherbourg (Manche) le 22 Mai 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
		BEGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GOITRES DE LA BASE
DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Novembre 1922



PAR

Francis-René DORÉ

Externe des Hôpitaux

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Croix de Guerre

Né à Cherbourg (Manche) le 22 Mai 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
		BEGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANE LONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	fantile et orthopédie....
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...
que générales.....	VILLAR.	Clinique médicale des ma-
Clinique d'accouchements.	CRUCHET.	ladies des enfants.....
Anatomie pathologique et	RIVIERE.	Chimie biologique et mé-
microscopie clinique....	SABRAZES.	dicale.....
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et cli-
tologie.....	PACHON.	nique des maladies exoti-
Physiologie.....	AUCHE.	ques.....
Hygiène.....	VERGER.	Clinique des maladies cuta-
Médecine légale et déon-	BERGONIÉ.	nées et syphilitiques....
tologie.....	CHELLE.	W. DUBREUILH
Physique biologique et cli-	BEILLE.	Clinique des maladies des
nique d'électricité médicale	DUPOUY.	voies urinaires.....
Chimie.....	MANDOUL.	POUSSON.
Botanique et matière mé-	FERRE.	Clinique des maladies ner-
dicale.....	LAGRANGE.	veuses et mentales....
Pharmacie.....		Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...
Zoologie et parasitologie..		Toxicologie et hygiène ap-
Médecine expérimentale..		pliquée.....
Clinique ophtalmologique..		BARTHE.
		Hydrologie thérapeutique
		et climatologie.....
		SELLIER.

MM. PRINCETEAU — GUYOT — LABAT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	N. et N.	Médecine générale.....
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	{ LEURET.
Physiologie.....	DELAUNAY.	{ DUPERIE.
Anatomie pathologique...	MURATET.	{ CREYX.
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS, chargé.	{ MICHELEAU
naturelles.....	N...	{ PERRENS.
Physique biologique et	RECHOU.	{ LANDE.
médicale.....	N...	{ CHIRURGIE générale.....
Chimie biologique et médi-	PETGES.	{ ROCHER.
cale.....	CARLES.	{ DUVERGER
Médecine générale.....	MAURIAU.	{ PAPIN.
		{ PERY.
		{ FAUGERE.
		{ OPHTHALMOLOGIE.....
		{ TEULIERES
		{ PHARMACIE.....
		{ N.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....	CARLES
— de médecine opératoire.....	VENOT.
— d'accouchements.....	FAUGERE.
— d'ophtalmologie.....	CABANNES.
— de puériculture.....	ANDÉRODIA.
— de démonstrations et de préparations phar-	
maceutiques.....	LAEAT.
— de chimie.....	RANGIER.
— de vénéréologie.....	PETGES.
— de pathologie interne.....	CREYX.
— d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que es opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

qui m'aidera si bien à travailler.

A MA BELLE-MÈRE

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR GEORGES DORÉ

MÉDECIN DE PREMIÈRE CLASSE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

DISTINGUISHED SERVICE CROSS

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

JEAN HUSSENSTEIN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MON AMI JOSEPH GOURNAY

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

*en qui nous avons trouvé un ami
sûr et dévoué.*

A MES AMIS DESLANDES, MARTIN ET MILLOT

*en souvenir des trente mois passés
côte à côte au front.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE FRANCIS

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR JEAN HUSSENSTEIN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL HOSPICE CIVIL DE CHERBOURG

MÉDECIN MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE (C. R.)

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE AURÉGAN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES PORTMANN

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DE PREMIÈRE CLASSE DE LA MARINE (C. R)
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M^{onsieur} LE PROFESSEUR E. J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Le goître aberrant de la base de la langue est une affection assez peu connue. La recherche des observations publiées dans la littérature médicale montre que ce goître reste rare, bien qu'on en ait contrôlé davantage de cas au cours des dernières années grâce à l'examen histologique systématique des pièces.

Depuis la fondation de la clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux, en dépit du nombre considérable de malades qui est passé entre les mains de notre maître Monsieur le Professeur Moure, celui-ci n'en a rencontré qu'un seul cas que nous avons eu la bonne fortune d'examiner. Aussi a-t-il pensé que malgré les quelques travaux parus sur cette affection ce pourrait être matière à un travail inaugural. Nous sommes encore confus de l'honneur qu'il nous a fait en nous chargeant de mettre au point cette question et l'en remercions profondément en même temps que de l'excellent accueil qu'il nous fit dans son service, et de la bonté qu'il ne cessa de témoigner à notre égard pendant l'année où nous fûmes son externe. Nous essayerons de mener à bien la tâche qu'il nous a confiée.

Voici comment nous avons entrepris de le faire.

Après avoir envisagé l'historique du sujet, nous rappellerons brièvement la formation du corps thyroïde chez l'embryon avant d'entrer dans la pathologie de cette affection. Après

avoir passé en revue les différents traitements proposés, nous ajouterons un tableau des cas publiés et notre observation personnelle. Le lecteur trouvera enfin une bibliographie aussi complète que possible.

Mais avant tout nous nous faisons un devoir d'adresser ici nos remerciements à tous ceux qui nous ont prodigué leurs conseils éclairés ou leur enseignement précieux au cours de nos études, en particulier au regretté Docteur Bourgogne et au Docteur Renault de Cherbourg, qui nous permirent de nous initier à la chirurgie avant même le début de nos études en nous ouvrant les portes de leurs services à l'Hôpital civil.

à MM. les Professeurs Quénu et Lereboullet à Paris dont nous n'oublierons pas les excellentes leçons cliniques,

à Monsieur le Docteur Helme dont les paternels conseils nous furent si précieux dans un moment de profond découragement,

à MM. les Professeurs Chavannaz, Villar, Arnozan, Cruchet, Rivière et à MM. les Professeurs agrégés Petges et Dupérié dont nous fûmes le stagiaire dans les hôpitaux de Bordeaux;

à Monsieur le Professeur Georges Dubreuil pour l'amabilité sans égale qu'il nous a témoignée à l'occasion de notre thèse,

à Monsieur le Docteur Georges Portmann, chef de clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté, qui nous guida dans la spécialité et nous facilita l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

Comme nous le disions dans notre introduction les tumeurs de nature thyroïdienne de la base de la langue sont rares. Leur connaissance remonte seulement au milieu du siècle dernier grâce aux travaux des anatomistes qui permirent de montrer l'origine pharyngienne du corps thyroïde.

C'est Morgagni qui le premier en 1742 décrivit le canal lingual, étudié par la suite minutieusement par Bochdaleck qui le trouva 13 fois sur 50 cadavres. Ce dernier put disséquer ce canal profond de 10 à 15 mm. tapissé d'un épithélium à cils vibratiles, muni de diverticules dirigés soit vers la base de la langue soit vers le plancher buccal.

Hix, Streickeisen, Marchal, Martin et Chemin par leurs recherches personnelles, ce dernier à Bordeaux, confirmèrent cette description. Seul Kanthack fit des réserves sur ses transformations mais ses théories furent complètement réfutées par la suite et en particulier par Chemin.

C'est le Français Verneuil qui en 1853 le premier signala la présence d'une glande thyroïdienne accessoire à la base de la langue ainsi qu'on peut le lire dans les Archives Générales de Médecine (page 364), bien que Zuckerkandl et Kadyi aient réclamé l'un et l'autre en 1879 la priorité de la découverte. « Dans ces derniers temps, écrit Verneuil, en disséquant les insertions des muscles de la langue à l'os hyoïde, je rencontrai une petite masse d'apparence glandulaire adhérant fortement

à la partie moyenne du bord inférieur de cet os, entre le genio-hyoïdien et le genio-glosse. Cette masse était rouge, molle sessile, du volume d'un gros pois, lisse à sa surface, d'un tissu homogène. J'en fis l'examen microscopique et je reconnus la structure de la glande thyroïde ».

Les glandes en question furent néanmoins appelées glandes de Zuckerkandl. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'il les étudia minutieusement sur 200 sujets où il les trouva 57 fois.

La première observation clinique de goître développé au dépens des glandes de Zuckerkandl est due à Hickmann (*Pathological transactions* 1869 vol. XX, page 160). Néanmoins ces tumeurs restent peu communes car Dubourdieu dans sa thèse (Bordeaux 1896-97) sur les tumeurs bénignes de la base de la langue les passe sous silence et ne fait mention à propos du canal de Bochdaleck que des kystes mucoïdes développés à ce niveau.

En 1897 von Chamisso de Boncourt en recueille quelques cas.

A la fin du siècle dernier, Armeilla en France, dans la première thèse parue sur ce sujet (Lyon 1900) n'en recueille qu'une douzaine d'observations dans toute la littérature médicale. Chevallier, deux ans plus tard reprend la question en écartant les observations non contrôlées par le microscope et en ajoute cinq nouvelles.

Par la suite, et surtout depuis l'emploi du miroir pour l'examen de la cavité bucco-pharyngée, la fréquence des cas augmente un peu, et Leullier en 1909 enrichit la série de deux observations recueillies dans le service du professeur Sébilleau, qui lui inspirent sa thèse.

En fouillant la littérature depuis le cas de Hickmann cité plus haut jusqu'aux derniers dus à Madier-Thaleimer et Didier, en ajoutant notre observation personnelle, nous avons pu finalement rassembler cent-deux cas, la plupart provenant de l'étranger, surtout Etats-Unis, Angleterre, Belgique, Allemagne. En France cette affection a été signalée par Curtis, Gaudier, Sébilleau, Jacques etc. Ce total eu égard au dévelop-

pement de l'oto-rhino-laryngologie est encore faible, et, si l'on pense que les cas se sont montrés plus fréquents ces dernières années on se rendra compte du nombre d'erreurs qui a pu être fait précédemment.

Aussi avons nous pensé avec notre maître que, malgré les quelques travaux faits sur ce sujet, tout n'avait peut-être pas encore été dit, et qu'une étude d'ensemble pourrait avoir quelque utilité, étude où nous insisterions plus particulièrement sur la symptomatologie parfois si fruste et le diagnostic souvent si délicat; ce travail nous aura été facilité par le plus grand nombre d'observations nous permettant de faire passer au premier plan tels symptômes importants. C'est vers ce but que nous tendrons, mais nous craignons fort d'être au-dessous de la tâche qui nous a été confiée.

CHAPITRE PREMIER

EMBRYOLOGIE

Formation de la base de la langue et de l'ébauche du corps thyroïde chez l'embryon Conception de His

Toute la partie de l'embryon qui concourra à former ces deux organes provient du développement des arcs branchiaux. Ces arcs branchiaux au nombre de quatre s'aperçoivent de très bonne heure, dès la fin de la deuxième semaine sous forme de bourrelets séparés par les sillons branchiaux. Pour His, la topographie de la cavité pharyngienne chez un embryon de deux millimètres et demi environ est la suivante. Les arcs branchiaux ne sont pas encore soudés, le premier a presque réuni ses parties latérales alors que celles des autres s'écartent de plus en plus, d'où la formation d'un champ triangulaire, appelé champ mésobranchial par cet auteur, et dont le plancher est la paroi inférieure du pharynx primitif. Au sommet du triangle une saillie, le tuberculum impar, origine du corps et de la pointe de la langue; sur la base opposée une autre éminence en fourchette, la furcula de His est le rudiment de l'épiglotte. Disons en passant que sous ce plancher et entre ces Jeux points prendront naissance les arcs aortiques. Peu à peu le triangle se rétrécit en se déformant, prenant la forme d'un Y à fourchette postérieure, dont les deux branches s'insinuent entre la furcula au milieu, et les parties latérales des troisième

et quatrième arcs branchiaux. C'est de ce sillon que partira l'ébauche latérale du corps thyroïde. Puis à mesure que l'embryon grandit, le tuberculum impar se trouve enclavé entre les premiers arcs branchiaux c'est alors que les deux moitiés du second s'unissant en arrière du tuberculum, formeront la partie antérieure d'un petit cul-de-sac ouvert dans le pharynx, où se développe l'ébauche médiane du corps thyroïde.

Chez l'embryon de sept millimètres, les extrémités du troisième arc se rapprochant du deuxième se trouvent resserrées entre le tuberculum impar et la furcula. L'ébauche postérieure, ou de la racine de la langue est constituée. Celle-ci marche alors à la rencontre de l'antérieure, tuberculum impar, pour se souder à elle, soudure qui se fera en coin et dont la signature chez l'adulte est le V lingual. Comme d'autre part cette soudure se fait de la périphérie vers le centre, il persiste pendant un certain temps un cul-de-sac arrondi puis bifide : le foramen cœcum de l'adulte, d'où part le canal glosso-thyroïdien de His qui persistera sous cette forme jusque vers le deuxième mois intra-utérin. Plus tard ce canal pourra soit se combler, soit se fragmenter, en restant perméable par places, donnant naissance aux futures thyroïdes accessoires. Les deux extrémités de ce conduit sont représentées chez l'adulte en haut par le foramen cœcum, ductus excretorius linguæ des anciens auteurs, et en bas par la pyramide de Lalouette.

Formation du corps thyroïde.

Les données embryologiques précédentes étant acquises, il est facile de se rendre compte de la formation de cet organe. Il résulte de l'union de deux bourgeons latéraux, évaginations de la quatrième poche branchiale avec un bourgeon médian dont nous avons rappelé l'origine. Nous avons vu que ce bourgeon médian, encore appelé ébauche de la thyroïde médiane naît de la paroi antérieure du pharynx buccal au niveau du foramen cœcum. De là il se porte d'arrière en avant

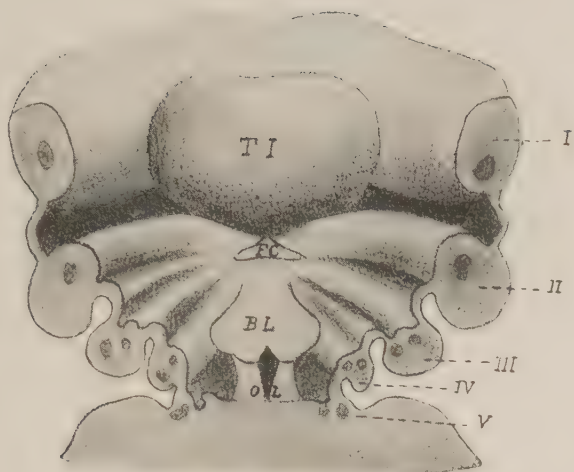


Figure I. (d'après His)
Coupe verticale du pharynx d'un embryon humain
de dix millimètres.

I, II, III, IV, V.	Arcs branchiaux.
TI.	Tuberculum impar.
FC.	Foramen cœcum.
BL.	Base de la langue.
OL.	Orifice laryngien.

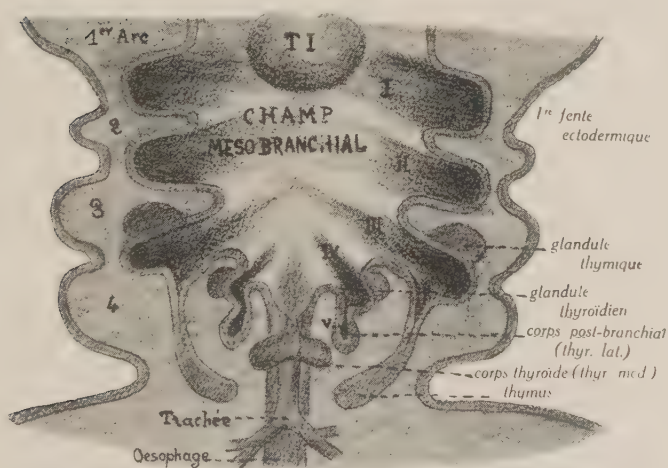


Figure II. (d'après M. le professeur Georges Dubreuil).
Schema des dérivés branchiaux chez un
embryon humain.

Thyroïde médiane	4 ^e fente.
Glandule thyroïdienne	3 ^e fente.
Glandule thymique	3 ^e fente.
Thymus	3 ^e fente.
Corps post-branchiaux ou thyroïdes-latérales.....	5 ^e fente.

et de haut en bas à la région antérieure du cou, où il s'unit avec les bourgeons latéraux. Le bourgeon médian forme la partie médiane du corps thyroïde, c'est-à-dire l'isthme et la pyramide de Lalouette, les bourgeons latéraux forment les lobes latéraux de la glande. Telle est la conception de His qui resta longtemps classique, mais que des travaux plus récents ont un peu modifiée.

Idées nouvelles de Soulié et Verdun.

« Des recherches datant déjà de vingt-cinq ans, ont rendu très douteuse la participation des ébauches latérales à la formation du corps thyroïde. Soulié et Verdun (1897) entr'autres ont vu qu'elles n'y prennent aucune part, chez le lapin, la taupe et le chat. S'il en est ainsi, les ébauches latérales de la thyroïde au lieu d'être rattachées à cet organe devraient être comparées, à des formations que l'on rencontre chez la plupart des vertébrés à la partie terminale de la rangée des poches branchiales, les corps post-branchiaux (Maurer) que Van Bemmelen a décrit, le premier chez quelques Sélaciens sous le nom de corps supra-péricardiques ¹ ».

Cette nouvelle conception à laquelle se rallie M. le professeur Georges Dubreuil n'infirme en rien la théorie de His sur la formation de la thyroïde médiane; or les tumeurs qui nous occupent, n'étant formées qu'aux dépens de l'origine du bourgeon médian, nous ne chercherons pas à approfondir ce point d'embryologie. Voyons maintenant ce que devient cette ébauche médiane.

Tractus thyro-glosse.

Nous avons vu que le bourgeon médian se portait de haut en bas et en avant, vers la partie antérieure du cou, au travers de la base de la langue. C'est ce trajet allant du foramen œcum à la pyramide de Lalouette qui porte le nom de tractus

1. Testut, *Anatomie Humaine*, tome IV, p. 1143, Embryologie.

thyroéoglosse. Ce trajet est important à connaître, puisque, nous montrant la migration du corps thyroïde, il nous renseigne sur la situation des débris qui peuvent rester inclus chez l'adulte lors de sa fragmentation, débris très fréquents d'après Chemin, et qui peuvent être l'origine des tumeurs de nature thyroïdienne, improprement appelées aberrantes vraies lorsqu'elles sont complètement isolées de la glande principale et fausses lorsqu'elles lui sont rattachées par un pédicule fibro-vasculaire. C'est Morgagni qui étudia le premier ce tractus. Son point de départ au foramen cœcum fut considéré par cet auteur comme un canal excréteur des glandes muqueuses de la bouche (ductus excretorius linguæ); Bochdaleck, l'étudiant ensuite, lui donna la même signification et en fit sa description. C'est pourquoi on lui donne souvent le nom de cet auteur dans sa partie haute (canal de Bochdaleck) bien que Morgagni l'ait vu avant lui. Que devient ce tractus? Seule, la partie inférieure contribue à former le corps thyroïde. Son pédicule, d'abord creux (canal) s'atrophie progressivement pour devenir un cordon plein réunissant la thyroïde à la base de la langue, ou disparaître même complètement sans laisser de traces. Lorsque cette éventualité a lieu, elle se passe en général vers le deuxième mois, mais la persistance partielle ou totale est fréquente puisque les thyroïdes accessoires existent chez le tiers des sujets disséqués par Chemin. Quelquefois la pyramide est bifurquée à sa partie inférieure, on peut même voir deux pyramides incomplètes, très rarement remontant jusqu'à l'os hyoïde.

Thyroïdes accessoires.

Ce rappel succinct d'embryologie nous montre comment on peut trouver logiquement des glandes thyroïdes accessoires du côté de la base de la langue. Quant à leurs caractères morphologiques, en dehors de toute atteinte pathologique, on peut les résumer rapidement. Leur volume est peu considérable,

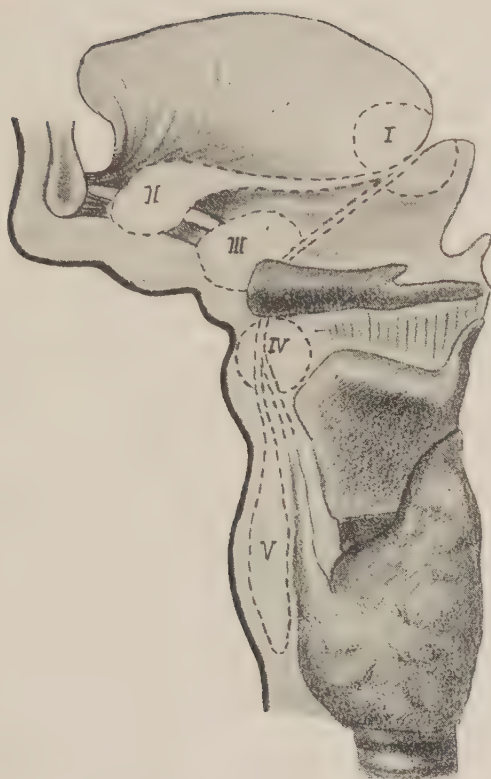


Figure III (d'après Chemin).

Schema des goitres et des kystes provenant du tractus thyroïdienne.

- I. — Goitre de la base de la langue développé dans le fond du foramen cœcum.
- II. — Kyste thyroïdien du plancher de la bouche (grenouillette) formé par une évagination du tractus.
- III. — Kyste sus-hyoïdien.
- IV. — Kyste thyro-hyoïdien.
- V. — Kyste sous-hyoïdien pré-laryngo-trachéal formé par une évagination du tractus dans sa portion sous-hyoïdienne.

d'un grain de chènevis, à celui d'un pois ; leur forme est arrondie, leur surface lisse ou granuleuse. Quant à leurs rapports, ils sont variables. Elles sont libres ou perdues dans la langue, ou reliées par un ligament plus ou moins épais, fragment du tractus thyrogléosse. Leur vascularisation, de par leur situation est indépendante de celle du corps thyroïde, elle est rattachée au réseau lingual. Leur structure histologique est analogue à celle de la partie supérieure de la pyramide de Lalouette c'est-à-dire du tissu thyroïdien embryonnaire. Quant à leur physiologie elle est la même que celle du corps thyroïde, ce qui explique et l'absence de myxœdème après thyroïdectomie totale, et l'apparition de cette affection, après une extirpation de goître lingual comme dans les deux cas rapportés par Armeilla ou la glande aberrante remplissait à elle seule le rôle de tout le corps thyroïde.

Classification des thyroïdes accessoires.

Le mérite en revient à Chemin qui les a étudiées dans de minutieuses dissections faites au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Bordeaux. Cette classification est basée sur l'emplacement de ces glandes. Les formations situées dans l'épaisseur de la langue ont été appelées thyroïdes sus-hyoïennes ou glandes de Zuckerkandl, celles qui se trouvent au devant de l'os hyoïde, préhyoïdiennes, en arrière, thyroïdes rétro-hyoïdiennes ; au-dessous, thyroïdes sous-hyoïdiennes. Ces dernières se développent de préférence au devant de la membrane thyrohyoïdienne ou sur la face antérieure des deux cartilages thyroïde et cricoïde, remplaçant tout ou partie de la pyramide de Lalouette. Elles peuvent même siéger au-dessous de la thyroïde normale, ce sont ces dernières que Wölfler a décrites sous le nom de glande sus-aortique. Nous n'aurons en vue dans ce travail que les tumeurs développées au dépens de la partie supérieure du tractus thyroéglousse autrement dit des formations thyroïdiennes de la base de la langue.

CHAPITRE II

PATHOLOGIE

Etiologie.

Le goître de la base de la langue est une tumeur bénigne, développée ainsi que nous l'avons montré aux dépens des restes de l'ébranche thyroïdienne médiane sur le trajet du tractus thyro-glosse.

Les causes prédisposantes de leur apparition sont celles de tous les goîtres. Elles sont assez bien connues.

L'influence du sexe paraît assez nette puisque les sept huitièmes des cas ont été observées chez la femme, et l'on compte encore à l'heure actuelle les observations où il s'agit d'hommes (Lucke, Reintges, Benjamins, Gachet, Fetterolf, Mayo 2 cas, Howarth, Murphy et la nôtre).

L'âge est variable, le goître lingual a été trouvé chez les enfants, voire même chez le nouveau-né (Hickmann, Meixner) mais aussi chez le vieillard. Cependant l'époque de la puberté semble l'âge de prédilection ce qui n'est pas pour nous surprendre puisqu'à ce moment toutes les glandes à sécrétion interne subissent une poussée congestive.

Quoique dans les observations publiées on ne fasse pas mention du pays d'origine des malades, il est à remarquer que le goîtreux que nous avons pu suivre était d'un pays où le goître pullule. Il doit en être vraisemblablement de même du climat et de l'hérédité sans que nous puissions nous baser sur les cas

recueillis dans la littérature médicale qui ne nous donne que peu de renseignements à ce sujet.

Les causes déterminantes sont beaucoup plus mal connues. Mentionnons sans nous y arrêter les cas où une maladie infectieuse soit pendant la période aiguë soit pendant la convalescence, grippe dans l'observation de Warren, coqueluche dans celle de Wolf, une infection bronchique (Bertein et Gellé), un traumatisme (Goris), ou l'apparition des règles (Leullier) semblent avoir déclenché le développement de la tumeur.

On peut en définitive en tirer les conclusions suivantes, à savoir que la glande accessoire, comme la glande normale est susceptible de subir la poussée congestive qui amènera son hypertrophie, au moment de l'hyper-activité des glandes à sécrétion interne de l'économie, mais on peut également penser avec Patoureau que son développement est lié à une période de meiopraxie ou même d'atrophie de la glande principale, en se basant sur les cas où l'ablation de la tumeur développée au dépens de la glande accessoire a amené un myxœdème post-opératoire. Elle jouerait alors dans ce cas un rôle de suppléance.

Pathogénie.

Le goître de la base de la langue est une tumeur congénitale « ce qui ne veut pas dire qu'il existe toujours à la naissance mais qu'il se développe, soit à la faveur d'une disposition embryonnaire anormalement persistante, soit à la suite d'un trouble nerveux dans l'évolution de la glande chez l'embryon ¹ ». La raison pour laquelle le corps thyroïde ne descend pas ou ne le fait que d'une façon incomplète, nous échappe.

Deux éventualités peuvent donc se produire :

Dans un premier cas, une partie de l'ébauche thyroïdienne médiane descend, l'autre reste sur place, près de la muqueuse bucco-pharyngée ou disséminée dans la base de la langue sous forme de glandules aberrants ces glandules sont d'ailleurs très

1. Chevalier, thèse de Lille, 1902.

fréquents chez l'individu normal comme l'a montré Chemin par ses dissections en série. On attribue cette désagrégation au mouvement de déflexion sur le cou subie par la tête de l'embryon. Plus tard ces glandes se rapprochent plus ou moins du tissu thyroïdien normal d'où il est naturel de penser qu'elles puissent subir les mêmes poussées évolutives, les mêmes dégénérescences, sous des causes étiologiques identiques.

Dans le second cas, l'ébauche ne descend pas du tout et se développe sur place. C'est à ces cas que nous réserverons le nom de corps thyroïde ectopié. Cet organe peut dès lors se comporter comme la glande normale et remplir son rôle mais aussi, comme pour les organes auxquels il arrive de rester ectopiés, le testicule par exemple, il peut n'avoir qu'un accroissement minime ou nul, d'où les accidents de myxœdème constatés (Cf. observations de Sébilleau). Lorsque pareil cas est soupçonné, et nous verrons comment à propos de la symptomatologie, il faut vérifier l'absence du corps thyroïde, à sa place normale, ce qui est important pour le traitement. Nous verrons que cette distinction est confirmée par l'anatomie pathologique. Dans le premier cas en effet où la tumeur est diffuse, les éléments aberrants ne sont séparés des muscles de la langue qui les entourent que par des fibres rares ou irrégulièrement disposées, dans le second au contraire, elle est enveloppée d'une capsule conjonctive lâche.

D'autre part, elle nous paraît avoir un intérêt capital pour le traitement, car si l'on est sûr de son diagnostic, et qu'on ait affaire à un corps thyroïde ectopié, on agira prudemment en laissant un morceau du tissu thyroïdien afin d'éviter les accidents ordinaires qui suivent la thyroïdectomie totale.

Faisons remarquer ici que ces cas de myxœdème spontané signalés par Sébilleau chez deux malades où le corps thyroïde était ectopié, sont parfaitement d'accord avec les nouvelles données embryologiques que nous avons mentionnées, car ils montreraient que les ébauches latérales ne prendraient aucune part à la formation définitive du corps thyroïde.

Anatomie pathologique.

Les résultats des examens anatomo-pathologiques des pièces faits par les divers auteurs sont pleinement conformes aux déductions tirées de l'embryologie.

Macroscopiquement, s'il s'agit d'un corps thyroïde développé sur place, au point même où l'ébauche a pris naissance, la tumeur formée est bien circonscrite, et à limites nettes, la muqueuse linguale glisse sur sa partie supérieure, le reste est uni à la langue et aux organes voisins par un tissu lâche permettant l'énucléation facile.

Mais si au contraire nous avons affaire à une partie seulement de l'ébauche arrêtée à la base de la langue, la tumeur qui a toujours ses limites nettes est cette fois intimement unie aux muscles de la langue d'où la difficulté de l'extirpation.

Le siège de la tumeur est au voisinage du foramen cœcum tantôt médian, tantôt prédominant sur l'un des côtés. La muqueuse linguale passe au-dessus en coiffant son pôle supérieur tandis que le pôle inférieur plonge dans les muscles de la langue.

La consistance est variable et inégale. Elle peut être identique sur toute l'étendue, ou présenter des zones de ramollissement en général dues à la dégénérescence kystique, ou des zones plus dures, conséquences d'une transformation fibreuse le plus souvent, renfermant même parfois des éléments crétacés.

A la coupe la tranche est rouge, parfois violacée, rappelant assez celle du corps thyroïde normal en particulier par ses petites loges.

Microscopiquement, il s'agit soit de thyroïde embryonnaire (Parker, Galish, Kraske, Vallas, etc.) soit de thyroïde normale (Bernays, Wolf, Staelin) soit de thyroïde ayant subi une dégénérescence ordinaire de cet organe, kystique ou fibreuse par exemple.

L'aden me fœtal est constitué par des cellules rondes ou

ovales variant comme dimensions des plus petits aux plus grands globules blancs. Les cellules se confondent plus ou moins par leurs bords si bien que l'on dirait « un large protoplasme semé irrégulièrement de noyaux ronds ou ovales toujours bien colorés » (Bérard). Ces amas épithéliaux sont séparés par des formations conjonctives mais ce réseau est toujours incomplet, constitué par des éléments jeunes, distendus, d'aspect myxoïde.

La vascularisation de ces tumeurs est assez particulière et ne rappelle en rien le tissu thyroïdien normal. Les plus petits noyaux sont les plus vascularisés, « encerclés de larges capillaires ils sont pénétrés en tous sens par une quantité de vaisseaux plus petits avec des parois rudimentaires dilatés par place en ampoules variqueuses ». En grossissant, ces goîtres ont une tendance à se rapprocher de la structure normale, (Patoureau) mais souvent les points distendus des capillaires cèdent, et forment des foyers d'apoplexie dans le parenchyme.

Le *goître parenchymateux*, fréquent est assez caractéristique. Le stroma conjonctif délimite les lobules, divisés eux mêmes par des cloisons plus fines en espaces alvéolaires. Ces îlots contiennent soit des îlots pleins de cellules glandulaires fermes avec de gros noyaux faiblement colorés et peu de protoplasme, soit des vésicules bordées de cellules sphériques ou cubiques remplies de substance colloïde. Parfois une ébauche de noyau fibreux tend à étouffer un amas de vésicules.

Quand la multiplication des follicules pleins et des vésicules est prédominante on a le goître hypertrophique parenchymateux; quand il y a hypersécrétion de la substance colloïde dans les vésicules on a le goître hypertrophique gélatineux.

Le *goître vasculaire* pur n'a pas été rencontré à la base de la langue. La tumeur est le plus souvent entourée d'un lacis veineux dont les prolongements peuvent s'infiltrer à l'intérieur en suivant les cloisons conjonctives, et s'y ectasier.

Le *goître kystique* montre au microscope une couche fibreuse externe, pauvre en éléments cellulaires une couche intermédiaire bouleversée par les hémorragies interstitielles et

une couche interne plus ou moins riche en vésicules colloïdes et en formations adénomateuses souvent dépourvues de revêtement épithélial.

Le *goître fibreux* enfin est le stade ultime auquel aboutissent les hypertrophies et les adénomes thyroïdiens. La transformation commence autour des vaisseaux, les bandes fibreuses envoient des prolongements qui pénètrent la masse adénomateuse, puis se rétractent ensuite comme dans la cirrhose atrophique du foie. La sclérose est plus ou moins discrète, les amas thyroïdiens étant plus ou moins étouffés. Ces goîtres fibreux ont été décrits comme des fibromes primitifs alors qu'ils ne sont qu'un mode de terminaison dans l'évolution de l'adénome fœtal. Il en est de même pour le goître crétacé.

En résumé, toutes les formes anatomo-pathologiques du goître lingual sont celles du goître ordinaire, la substance thyroïdienne subissant des modifications que l'aberrance ne peut faire varier. D'une façon générale le fait est assez rare où la masse entière corresponde à l'une des variétés; le plus souvent, elles sont associées. Ainsi des sections faites en différents points montreront ici du tissu thyroïdien normal, et un peu plus loin des cavités kystiques, ou des noyaux embryonnaires ou fibreux.

Symptomatologie.

La symptomatologie du goître lingual est celle d'une tumeur bénigne de la base de la langue. La date d'apparition et l'intensité des symptômes ainsi que le fait remarquer Leullier sont subordonnés à deux facteurs : le volume de la tumeur, et les dimensions de la bouche, autrement dit le rapport du contenu au contenant. C'est ce qui explique que chez l'enfant ou l'isthme bucco-pharyngien est relativement étroit, une tumeur de ce genre a pu déterminer la mort quelques heures après la naissance comme le montre l'observation de Hickmann, alors que chez l'adulte, pareille tumeur, toutes proportions gardées, a pu être supportée des années. Nous diviserons les signes en fonctionnels et physiques.

Signes fonctionnels. — Ils proviennent nous l'avons dit des troubles d'obstruction mécanique de l'isthme bucco-pharyngien par une tumeur indolente en elle-même.

Le premier symptôme qui attire l'attention des malades est une sensation de *gêne* à la base de la langue, sensation de *corps étranger* le plus souvent, ou de débris alimentaires siégeant d'une façon tenace dans l'arrière-bouche, et entraînant d'une façon réflexe :

1° une *envie continuelle de déglutir* provoquant elle-même une *salivation exagérée*.

2° la déglutition ne suffisant pas, l'individu essaie de réagir encore par une *toux pharyngée sèche* qui peut même prendre la forme de quintes si la tumeur chatouille l'épiglotte; enfin, de même que la déglutition est pénible, la mastication se trouve gênée, la langue est lourde et maladroite.

Les *hémorragies*, loin d'être constantes sont un peu particulières. Spontanées parfois, elles sont dues le plus souvent à la déglutition d'un bol alimentaire, un peu dur qui éraille le lacis veineux recouvrant la tumeur comme nous le verrons plus loin, ou bien elles viennent après une quinte de toux ou des efforts de vomissement. C'est une *hémosialorrhée*, sang rouge, non spumeux, ou plus ou moins laqué, expulsé avec de grandes quantités de salive. Dans un cas, la malade eut une véritable hématomèse de un quart de litre de sang noir.

Les *troubles vocaux* surviennent en général d'une façon plus tardive. Leur apparition est un précieux élément de diagnostic, car bien qu'ils soient provoqués par la modification de la caisse de résonance buccale, ils aiguillent vers le corps du délit en amenant un examen au laryngoscope.

Faisons remarquer que tous ces troubles fonctionnels s'accompagnent d'une *indolence absolue*.

Das un cas de Leullier, les premiers symptômes observés furent ceux du myxœdème. La thyroïde cervicale n'était pas perceptible. On crut pouvoir rattacher l'insuffisance du développement à des végétations adénoïdes qui furent enlevées sans qu'à ce moment l'ouverture de la bouche fit déceler le

goître lingual. Il fallut à quelque temps de là que le malade subit un examen au laryngoscope à l'occasion d'une laryngite pour qu'on découvrit la tumeur.

Signes physiques. — *Inspection.* — A la simple ouverture de la bouche, on ne voit souvent rien. Il faut déprimer fortement la langue avec un instrument ou la tirer fortement en avant. Si on découvre la tumeur par cette méthode, on ne peut en avoir qu'une idée imparfaite. Il convient de passer immédiatement à l'examen au miroir.

Le laryngoscope nous montrera alors une tumeur lisse, unie, jamais ulcérée, rarement bilobée, occupant le plus souvent l'un des côtés de la base de la langue, recouverte d'un lacis variqueux qui lui donne une teinte bleuâtre. Cette tumeur peut refouler l'épiglotte en arrière, sans contracter d'ailleurs aucune adhérence avec celle-ci, elle peut même être pédiculée, semblant avoir son implantation sur le foramen cœcum avec bascule en arrière.

Palpation. — Au toucher digital, on reconnaît une tumeur ferme et élastique, ou molle et fluctuante en certains endroits, de la grosseur d'un abricot ou d'une noix, non douloureuse ni saignante si on ne l'éraille pas avec l'ongle, irréductible. Lorsqu'on essaie de mobiliser la muqueuse buccale sur elle, on peut la trouver libre, glissant sur la tumeur ou adhérent avec elle. Dans le premier cas, il s'agit probablement d'un goître ectopié; le second est plutôt en faveur d'un goître développé aux dépens de glandes thyroïdes aberrantes, suivant la distinction que nous avons faite précédemment.

L'adhérence avec les plans profonds doit être recherchée par le toucher buccal et la palpation sus-hyoïdienne combinés.

L'examen externe pourra montrer une déformation de la région sous-angulo maxillaire ou de la région sus-hyoïdienne, suivant que le goître se sera accru davantage latéralement ou par son pôle inférieur.

Le diagnostic pourra être complété dans certains cas par la

constatation d'autres petites tumeurs développées aux dépens d'autres glandes thyroïdes accessoires à condition toutefois d'éviter de les prendre pour des ganglions. Gachet a signalé dans un cas des lésions congénitales coexistantes de l'oreille interne avec malformation du maxillaire inférieur atrophié à gauche.

Quant au corps thyroïde, il peut être normal, absent ou hypertrophié.

Enfin il n'existe pas d'adénopathie. Seul Watson en a trouvé une fois chez un malade de cinquante ans cachectique.

Les examens complémentaires que l'on serait tenté de faire présentent parfois des inconvénients en rendant la pratique difficile. Le goître de la base de la langue étant souvent très vascularisé, la ponction et la biopsie peuvent entraîner à leur suite des hémorragies désagréables.

Evolution, Pronostic, Complications.

La plupart de ces tumeurs sont tolérées longtemps sans troubles appréciables. Ce n'est qu'au bout de quelques années que le malade vient se plaindre au médecin de la gêne qui, insignifiante au début, devient de plus en plus marquée. Et c'est en général lorsque le goître atteint le volume d'une noix que le malade consulte. Nous avons signalé le cas de Bérard où la tumeur fut supportée très facilement pendant six ans, on peut y ajouter l'écrivain de Merten qui la tenait de son enfance.

Le développement qui est le plus souvent progressif peut être accéléré par une maladie infectieuse intercurrente, mais il est beaucoup plus en rapport avec la vie génitale. C'est en effet de treize à trente ans que le plus grand nombre de malades est venu trouver le médecin pour la tumeur qui commençait à leurs yeux à prendre des proportions inquiétantes. Ce moment d'hyperfonctionnement de l'appareil endocrinien qui coïncide avec la menstruation joue certainement le rôle le plus marqué dans l'évolution de cette affection.

Le pronostic est celui d'une tumeur bénigne, mais qui par sa situation peut occasionner des troubles fonctionnels graves. Gellé et Bertein furent amenés dans un cas à faire une trachéotomie. Le goître lingual en refoulant l'épiglotte peut amener, la nuit particulièrement des crises d'asphyxie graves.

D'autre part, les hémorragies soit spontanées soit à l'occasion d'une ponction intempestive dans un but de diagnostic peuvent amener dans le premier cas une anémie lente difficile à expliquer, car le malade déglutit son sang croyant avaler sa salive, et dans le deuxième cas un affaiblissement rapide ayant obligé à reculer le moment de l'intervention.

En outre, un accroissement rapide chez un individu d'un certain âge doit laisser entrevoir au clinicien la possibilité d'une transformation maligne.

Enfin, de par la nature thyroïdienne de la tumeur, nous pourrions lui voir subir toutes les transformations de ce tissu : dégénérescence colloïde ou kystique, fibreuse ou calcaire. La basedowification (Gaudier et Chevalier) et le myxœdème (Sébileau) ont été également signalés. L'ulcération est exceptionnelle, un seul cas en a été relevé coïncidant d'ailleurs avec une invasion totale de la tumeur par le bacille de Koch. La suppuration a été trouvée une fois (Meurer) et l'odeur du sphacèle rendait l'haleine fétide.

Diagnostic.

La difficulté du diagnostic du goître lingual réside en ce fait que la symptomatologie est en général assez fruste. Le plus souvent le malade vient consulter avons-nous dit parce qu'il a une sensation de gêne, de corps étranger dans la bouche. Or il est une grande classe de consultants qui viennent pour cet unique symptôme, nous voulons parler des *paressthésiques*. Le nombre de ces préoccupés, d'après les recherches du Docteur Retrouvey à la clinique de laryngologie de la Faculté de Bordeaux, atteint l'énorme proportion de un sur dix des con-

sultants. L'absence de tumeur décelable au toucher comme au laryngoscope et aussi la disparition de la sensation de gêne au moment des repas fixent le diagnostic.

D'autre part il est bon de faire remarquer que plusieurs fois où les troubles de la phonation étaient les premiers en date, un examen un peu rapide a pu faire attribuer à la présence réelle ou non de *végétations adénoïdes* le nasonnement de la voix.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une tumeur non ulcérée, indolente, sans adénopathie, sans douleurs irradiées, sans altération de l'état général, et à marche lente, nous pourrions éliminer la possibilité d'une *tumeur maligne*.

Si l'hémorragie est le seul symptôme donné par le malade, il faudra chercher avec soin l'origine de ce sang, en voyant s'il vient de la bouche, de l'arrière-nez, du poumon ou de l'estomac. Si la bouche est en cause, se méfier des crachements de sang des hystériques, après quoi l'étude des symptômes passés en revue plus haut s'impose.

Restent les *tumeurs bénignes* de la base de la langue. Le diagnostic est alors plus délicat.

Les *kystes dermoïdes*, affection également rare, sont d'un diagnostic difficile. Ils sont en général moins postérieurs comme siège et plus nettement fluctuants que la tumeur strumeuse qui est élastique et incompressible sauf si elle subit la transformation kystique. L'absence de veines à la surface est un bon signe qui aiguillera sur la ponction. Celle-ci ne devra être faite que presque à coup sûr car elle est dangereuse dans le goître par la difficulté d'hémostase d'un organe aussi vascularisé. Si on ramène une bouillie épaisse caractéristique, il s'agit d'une kyste dermoïde, si le liquide est filant et contient des cellules cylindriques à cils vibratiles nous sommes en présence d'un kyste du tractus thyroïdienne. Dans le cas d'un goître on ramènerait quelques gouttes d'un liquide colloïde, ou du sang.

Les *lipomes* plus fréquents à la pointe qu'à la base de la langue, et d'ailleurs, très rares, ont une coloration jaunâtre

assez nette. Leur consistance est nettement fluctuante dans toute son étendue, c'est la plus molle des tumeurs de la langue.

Le *fibrome* comme le lipome est plus fréquent chez l'homme et forme une masse encapsulée, libre d'adhérences, qui venant de la profondeur vient former une tumeur dure et hémisphérique à la surface de la langue dans un tiers des cas ils arrivent à se pédiculiser et peuvent provoquer par leur chute en arrière des accès de suffocation et de toux. Ils s'accompagnent quelquefois d'hémorragies et de suffocation rendant le diagnostic très difficile.

L'*hypertrophie de l'amygdale linguale*, par son aspect extérieur pourrait en imposer grâce à son revêtement veineux pour un goître mais le toucher digital aurait vite fait de montrer que la tumeur est superficielle, et ne pénètre pas dans le tissu lingual.

Les *varices de la langue* signalées par Lennox et Browne en 1880 sont presque toujours ignorées du sujet. Elle ne forment pas de tumeur, et ne déterminent aucun trouble fonctionnel; on les rencontre souvent chez les vieux alcooliques, et on les reconnaît rapidement à l'examen laryngoscopique.

Les *angiomes* communs à la base de la langue ont une coloration violacée. Ils forment une tumeur sans limites précises, molle et réductible; ce dernier signe est presque pathognomonique.

Les *gommes syphilitiques* fréquentes à la langue forment tout d'abord des tumeurs dures, c'est la langue bourrée de noisettes de Ricord, puis elles se ramollissent vite et s'ulcèrent. Au surplus les commémoratifs sont là pour éclairer la voie, de même que la réaction de Bordet-Wassermann.

Toutes ces tumeurs qui peuvent en imposer pour un goître lingual seront rapidement éliminées, mais le diagnostic devient très hésitant si on se trouve en présence d'un *kyste du canal thyroéoglosse*. Cette tumeur peut en effet avoir rigoureusement le même siège que le goître bien que le kyste siège souvent un peu plus bas ainsi que le font remarquer MM. Villar et Papin dans une observation publiée dans le Journal de

Médecine de Bordeaux (1919, page 471); elle a le même début insidieux. Comme lui, il se développe avec prédilection au voisinage de la puberté, et son accroissement donne lieu aux mêmes signes fonctionnels. Cependant, au bout d'un certain temps le kyste ayant acquis un certain volume devient nettement fluctuant, tandis que le goître reste élastique et résistant.

Malgré tout, cela ne laisse pas le diagnostic d'être fort embarrassant ainsi que l'a bien montré Leullier.

A-t-on affaire à un kyste tendu ou à un goître kystique? D'une manière générale, si la tumeur est recouverte d'un lacis variqueux et si le corps thyroïde est absent à sa place normale, il y a bien des chances qu'on ait affaire à un goître. Lorsque ce signe est absent, certains ont préconisé la ponction comme établissant le diagnostic d'une façon certaine. Le liquide du kyste est visqueux, filant, assez comparable au blanc d'œuf ou au mucus utérin ou nasal (Morestin) de plus il contient des cellules à cils vibratiles provenant de la paroi.

Mais cette ponction n'est point à conseiller pour plusieurs raisons. Nous ne faisons que signaler le danger immédiat dans le cas où il s'agirait d'un kyste hydatique méconnu. Elle est dangereuse si on a affaire à un goître, d'une part à cause des hémorragies qui peuvent en résulter, hémorragies qui peuvent être graves au point de reculer l'intervention radicale par la faiblesse où elle ont entraîné le malade. Dans un cas de la sorte elles furent si intenses qu'il fallut attendre trois semaines le rétablissement de la malade avant de l'opérer. D'autre part, la bouche étant un milieu septique par excellence et la langue ne pouvant être nettoyée à fond, les risques d'infection sont toujours possibles. Une ponction trop importante peut de plus gêner la cure radicale, en vidant une partie de la tumeur et la rendant par conséquent moins facilement énucléable.

Enfin lorsque le goître lingual, au lieu de s'accroître librement dans la cavité naturelle qui lui est offerte, se développera surtout par son pôle inférieur, et viendra faire saillie sous les téguments externes, il faudra envisager les tumeurs possibles de cette région par exemple celles de la glande sous-maxillaire.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Traitement médical.

Le nombre d'essais tentés pour traiter médicalement le goître est la meilleure preuve qu'aucun ne fut satisfaisant. Nous les passerons rapidement en revue.

On donnait depuis longtemps aux goitreux de la poudre d'éponges calcinées, lorsqu'en 1820, Coindet de Genève montra que la substance active de cette poudre était l'iode qu'elle contenait. On administra donc des iodures de potassium et sodium à la dose de 1 gr. par jour ou simplement de la teinture d'iode à raison de deux à six gouttes dans de l'eau pure.

En 1895, Baumann Notkine découvrit dans le corps thyroïde l'iodothyroïdine. Aussitôt on se lança dans l'opothérapie et on fit absorber aux malades de la glande fraîche de mouton ou mieux des tablettes de substance thyroïde ou encore de l'iodothyrine.

Cette médication fut reconnue peu efficace, et souvent dangereuse, soit qu'on eut à relever des intoxications graves surtout chez les débiles du rein, soit qu'on amenât le patient à la cachexie iodique, dont les symptômes ne sont pas éloignés de ceux du basedowisme.

On établit que le traitement iodé avait son maximum d'effet utile contre le goître parenchymateux et l'adénome fœtal. Le résultat chez les hypothyroïdiens avérés ou frustes était satisfaisant à condition de le manier avec une grande prudence

en surveillant attentivement le cœur, les urines et l'état général. On lui attribua aussi un rôle bienfaisant dans l'hypertrophie de la puberté, encore qu'on ait souvent attribué au traitement institué une simple régression naturelle. Mais dans les trois quarts des cas le goître réapparaît si on cesse le traitement. A partir de 1900 on place alors beaucoup d'espoir dans les rayons X. Les résultats ont été depuis très discutés. Jamais on n'obtint en effet de guérison complète et durable.

A côté de la médication interne le traitement local ne fut pas plus brillant. Nous ne ferons que mentionner le drainage en séton de Rolandus, la cautérisation à la pâte de Cauquoin, l'écrasement à la chaîne de Chassaignac, l'acupuncture.

Les ponctions avec injections interstitielles de Liston ont été condamnées par Roux de Lausanne au Congrès de chirurgie de 1894, en raison des hémorragies, embolies, infections fréquentes, et de l'augmentation des signes physiques par inflammation œdémateuse du goître. D'autre part lorsque la survie s'accusait, la tumeur, soudée intimement aux organes voisins rendait l'opération devenue nécessaire extrêmement pénible.

Aussi avec les progrès de la chirurgie en est-on venu à l'extirpation au bistouri auquel le traitement médical a désormais cédé la place. Ce sont ces diverses méthodes que nous allons maintenant aborder en éliminant tout d'abord les cas rares où il ne devra pas être tenté.

Traitement chirurgical.

Contre-indications. — Les contre-indications à l'ablation totale du goître de la base de la langue se résument à deux principales :

1° Lorsque le corps thyroïde n'aura pas été perçu à sa place normale, en d'autres termes, lorsque l'on aura affaire à une glande que l'on supposera être ectopiée en totalité, il faudra de toute utilité laisser une partie de la tumeur afin d'éviter les

accidents graves de la thyroïdectomie totale. Cette précaution n'excluera d'ailleurs pas l'administration d'un traitement opothérapique faible dans les jours qui suivront l'intervention, au cas ou de petits signes d'insuffisance glandulaire apparaîtraient.

2° Lorsque nous aurons affaire à un goître de la base de la langue accompagné de myxœdème, nous devons suivre la ligne de conduite dictée par Sébilleau à propos de deux cas de ce genre. Ces malades traités par l'opothérapie virent leurs symptômes s'atténuer en même temps que leur état général s'améliorait.

Ceci posé, en dehors des autres contre-indications opératoires ordinaires, immédiates, il y aura lieu de veiller particulièrement à l'état d'anémie auquel auront pu amener les hémorragies occultes ainsi que le montrent quelques observations.

Technique. On se guidera sur les indications fournies par la clinique et l'anatomie pathologique. Si l'on a affaire à un corps thyroïde ectopié, l'extirpation sera sous-capsulaire. Après incision des régions avoisinantes ou de la muqueuse si on opère par la bouche, on incisera la capsule propre, puis en décollant avec le doigt en suivant le plan de clivage, on énucléera la tumeur. L'opération sera beaucoup plus lente et pénible si l'on se trouve en présence d'une glande aberrante, car ses éléments sont intimement unis au tissu musculaire. Il faudra disséquer, en se méfiant des hémorragies car le goître est toujours très vascularisé. La tumeur une fois enlevée après avoir lié les gros vaisseaux il faudra avoir recours au capitonnage (Poisson) qui arrête le sang en nappe et évite les hématomes consécutifs à l'ablation, et même l'hémorragie grave lorsqu'on croit tout danger conjuré. Ce capitonnage sera fait au catgut en ayant soin de ne laisser aucun espace mort.

Voies d'accès. — Deux voies s'offrent au chirurgien. La voie buccale, sans trachéotomie préalable, employée par

Butlin, Parker, Collins, Baber, Illraith, Seldovistch, Kraske, Shalde, Watson, ou avec trachéotomie (Butlin, Lympius, Reintjes) et la voie sus-hyoïdienne, soit simple (Lucke, Bernays) soit compliquée, de section du maxillaire inférieure (Wolf) ou de l'os hyoïde (Vallas, Dubar, Gaudier, Berger, Gellé, Gachet). L'anesthésie locale (cocaïne, novocaïne) ou générale (chloroforme, éther) est employée suivant les cas.

Voie buccale. — La bouche étant maintenue largement ouverte à l'aide d'un ouvre-bouche ordinaire, la langue est attirée au dehors, le plus avant possible avec une pince de Museux ou mieux à l'aide d'un fil de soie passé en arrière de la tumeur, ce qui permet de faire une hémostase plus facile et plus rapide après l'ablation. On incise la muqueuse sur le grand axe de la masse, qu'on enlève suivant la technique décrite plus haut. Le dernier temps consiste à suturer la muqueuse sans drainage.

Goris, de Bruxelles modifia un peu l'accès sur la tumeur par cette voie, en faisant une incision courbe au plancher de la bouche, lui permettant ainsi d'attirer la langue beaucoup plus en avant. Malgré le bon résultat obtenu aucun auteur n'a employé depuis cette voie buccale sublinguale, probablement à cause de la crainte inspirée par les suites possibles de cette brèche faite en milieu aussi septique que la bouche.

Voie sus-hyoïdienne. — Le tracé cutané de la voie sus-hyoïdienne simple va de la partie postérieure du maxillaire inférieur à l'os hyoïde en suivant la ligne médiane. Elle donne peu de jour, l'accès de la base de la langue est difficile malgré l'écartement des deux lambeaux formés par le muscle mylo-hyoïdien qui constitue une sangle serrée.

Aussi quelques auteurs ont-ils cherché à se donner une plus grande liberté d'action par une section osseuse. Wolf s'est adressé à la partie supérieure, en ouvrant le maxillaire inférieur en son milieu après trachéotomie avec la canule-tampon et ligature préalable des deux linguales. Cette voie transmaxil-

laire, qui n'a été employée qu'une fois, outre qu'elle est très mutilante, assombrit d'une façon inutile le pronostic.

Vallas au contraire reprenant en 1896 l'idée de Gussenbauer (1801) allonge en bas l'incision de deux ou trois centimètres et sectionne l'os hyoïde. Voici comme il procède : Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du bord postérieur de la symphyse mentonnière à l'angle supérieur du cartilage thyroïde qui constitue le premier temps, il ouvre l'aponévrose cervicale et dénude l'os hyoïde. Il sépare ensuite au bistouri ou à la sonde cannelée le mylo-hyoïdien en deux parties latérales de façon à dégager le bord supérieur de l'os hyoïde sur la ligne médiane où doit porter la section. Cette section qui est le troisième temps se fait à la cisaille de Liston. Les deux fragments sont écartés, le jour transversal obtenu est de quatre centimètres, ce qui est largement suffisant pour arriver sur la tumeur de la base de la langue. Celle-ci étant extirpée Vallas juge peu utile de réunir les deux portions de l'os hyoïde. Gaudier fait remarquer que cette suture complique peu l'opération et met à l'abri d'une consolidation vicieuse possible. On suture enfin la plaie en laissant, à la partie inférieure, un petit drain qu'on retire au bout de trois ou quatre jours. L'embarras de la parole ne dure pas davantage, et la guérison se fait en dix ou quinze jours en moyenne. Cette voie transhyoïdienne de Vallas est devenue la voie classique d'accès sur la base de la langue et sur la face antérieure de l'épiglotte. Elle a été depuis employée maintes fois. A Bordeaux, MM. Dubourg et Moure en 1897 ont enlevé un épithélioma de la base de la langue¹, et en 1901 M. le professeur Chavannaz l'utilisa la première fois pour l'ablation totale de la langue.

I. Cas rapporté par M. Brindel.

Indications des deux voies d'accès sur la tumeur linguale.

Le choix de la voie d'accès dépend de la situation de la tumeur et de son volume. Ses règles ont été parfaitement formulées par Curtis.

« A tumeur linguale supérieure, petite, faisant saillie à la base de la langue et pas du tout à la région sus-hyoïdienne est réservée la voie buccale, et d'autant plus que la bouche sera grande et la langue moins charnue, par conséquent plus attirable en avant.

A tumeur linguale inférieure, volumineuse, faisant saillie dans la région sus-hyoïdienne, peu accessible par la bouche étroite avec une langue courte et charnue, est réservée la voie sus-hyoïdienne simple, ou mieux compliquée de section de l'os hyoïde ».

Enfin nous avons à citer des cas d'espèce, et le chirurgien peut être amené à employer une voie autre que les voies classiques décrites plus haut quand le goître s'est développé plus particulièrement d'un côté comme chez le malade de M. le Professeur Moure. Notre maître a ainsi été amené à employer une incision parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur à égale distance entre ce dernier et l'os hyoïde.

Ajoutons que toutes les fois qu'on le pourra, la voie naturelle est d'autant plus recommandable, qu'elle ne laisse aucune cicatrice visible ce qui n'est pas négligeable étant donné qu'on a le plus souvent affaire à une femme, et une femme jeune.

Si les indications du procédé sont acceptées par la plupart des chirurgiens, il n'en est pas de même de la trachéotomie préalable. Son utilité a été très contestée pour l'une et l'autre voie. Nous n'avons pas sur ce point une expérience personnelle suffisante, aussi nous rallions-nous aux idées de notre maître. Les remarques faites à ce sujet dans son travail sur l'épiglotectomie par voie externe s'appliquent aussi bien à l'ablation des tumeurs de la base de la langue.

« Il nous paraît imprudent de vouloir supprimer la trachéotomie au cours de l'opération, parce que cette dernière empêche l'entrée du sang dans les voies aériennes soit qu'on emploie la canule tampon de Trendelenbourg ou de Hahn soit que l'on se serve d'une canule ordinaire en se bornant à bourrer l'entrée du larynx avec un tampon de gaze cocaïné. On évite ainsi l'entrée du sang dans les voies aériennes incident qui n'est pas à dédaigner au point de vue des suites opératoires.

Il est inutile d'ajouter que la canule peut être enlevée très rapidement après l'opération, dès qu'on est certain que l'infiltration œdémateuse post-opératoire laisse le champ respiratoire suffisamment libre pour ne pas avoir à craindre l'asphyxie. Cet œdème, considérable quelquefois, ainsi que nous avons pu le constater à l'examen laryngoscopique est encore une indication formelle pour mettre une canule à demeure au moins pendant quelques jours afin de ne pas être obligé d'ouvrir d'urgence les voies aériennes pour empêcher l'asphyxie du malade ».

La trachéotomie rend aussi la narcose plus facile. MM. Sébilleau et Lemaitre qui en sont également partisans ont imaginé un appareil très simple permettant de donner le chloroforme à distance en reliant un appareil de Ricard à la canule ordinaire de la trachéotomie.

L'anesthésie loco-régionale en surface et en profondeur tend de plus en plus à prendre le pas sur l'anesthésie générale. M. le Professeur Moure l'emploie de plus en plus pour les opérations de ce genre. Son but est de faire baigner la tumeur et la région avoisinante dans une solution anesthésique. On emploie le plus couramment une solution de novocaïne à 1 pour 200 additionnée d'adrénaline. Après avoir fait au malade un quart d'heure avant l'anesthésie une injection d'un centigramme de morphine, on commence à infiltrer la région antérieure sus-hyoïdienne. On agit de même pour la base de la langue. Si on emploie le procédé de Vallas, on étendra son anesthésie à la région préhyoïdienne.

Ainsi traités par l'exérèse totale, les goîtres de la base de

la langue ne récidivent pas. Il peut arriver que dans les jours qui suivent l'opération, le malade manifeste quelques troubles d'insuffisance glandulaire. On aura tôt fait de les arrêter en instituant un traitement opothérapique approprié. Ces troubles cesseront d'ailleurs rapidement dès que la glande normale aura repris la fonction dont la glande accessoire avait assumé la charge.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous dressons ci-dessous un tableau contenant les noms des auteurs des 101 observations que nous avons pu réunir.

- 1869. — Hickmann.
- 1879. — Merten.
- 1881. — Parker.
- 1888. — Bernays.
- 1890. — Butlin.
- 1892. — Collins Warren, Staelin.
- 1893. — * Kast et Rumpel.
- 1894. — Galish, Illraith.
- 1895. — Kraske, Mixter.
- 1896. — Lympius.
- 1897. — Seldowitsch.
- 1898. — Treitel, Reintjes, van Selms.
- 1899. — Aschoff, Benjamins, Holmes, Posthumus Meyjes, Schadle, Watson Wolf.
- 1900. — Narrath, Vallas, Wakabajaski: * Wikerhauser.
- 1901. — Theisen.
- 1902. — Curtis et Gaudier, Goris, Gaudier et Chevalier, Teweles, Winslow.
- 1903. — * Carpenter, * Finder, Hanzel, Onodi, * Summers.
- 1904. — * Flatau, Quenzel, Riethus, Smith, Storrs.
- 1905. — Meixner, Murphy, * Schwartz.
- 1906. — Berger, Jacques, Lenzi, Makins.
- 1907. — * Feldmann, Sébilleau, Strauss.
- 1908. — Perkins.
- 1909. — Baber, Grant, Meurers, Powers, Stuart Low.
- 1910. — Austoni, * Backer, Livi.
- 1911. — Badgerow, Gellé et Bertein, * Brentano, * Brunner. * Ginzberg, Harris, Mayo, * Nakamura.
- 1912. — Fetterolf, Gachet, * Labouré, * Neumann, * Schilling, Smith.
- 1913. — Lindt, Seligmann.
- 1914. — Ash, Howarth.
- 1915. — * Rutgers.
- 1916. — * Seelye.
- 1918. — * Harsha, Lambert Lack, * Rabinovitz.
- 1922. — Didier, Madier et Thaleimer.

N. B. — Le signe * indique les observations que nous n'avons pu dépouiller.

Date	Auteurs	Age	Sexe	Durée depuis l'apparition jusqu'à la consultation	Volume de la tumeur et symptômes fonctionnels	Thyroïde normale
1869	1. Hickmann ...	nouv. né	F.	»	noix, suffocations, gémissements.	?
1879	2. Merten (cas de Lucke)	22 ans	M.	dep. l'enfance	poing, pas de gêne.	?
1881	3. Parker	16 ans ½	F.	»	noix, pas de gêne.	?
1888	4. Bernays	17 ans	F.	dep. 6 mois	2 lobes : noix et noisette, dysphonie, dysphagie.	?
1890	5. Butlin	32 ans	F.	1 an	?	?
—	6. Butlin	27 ans	F.	4 ans	hémorragies.	?
1892	7. Collins Warren	52 ans	F.	22 ans	œuf de poule.	?
—	8. Staelin	77 ans	F.	autopsie	?	»
1894	9. Galish	24 ans	F.	18 mois	noix, hémorragies.	?
—	10. Illraith	17 ans	F.	peu de temps	petite noix.	?
1895	11. Kraske	37 ans	F.	»	myxœdème.	?
—	12. Mixter	24 ans	F.	3 sem.	pas de gêne.	?
1896	13. Lympius	36 ans	F.	2 ans	prune, dysphonie, dysphagie, hémorragies.	?
1897	14. Seldowitsch ..	14 ans	F.	»	»	»
1898	15. Treitel	?	F.	20 ans	gêne de la déglutition.	?
—	16. Reintges	25 ans	M.	?	hémorragies spontanées,	»
—	17. Van Selms	?	F.	?	?	?
1899	18. Aschoff	6 mois	F.	autopsie	myxœdème, pois.	absente
—	19. Benjamins	?	M.	»	»	absente
—	20. Holmes	jeune	F.	»	œuf de poule, pas de gêne	»
—	21. Posthumus Meyjes	24 ans	F.	dep. enfance	pomme de terre, rejet de sang.	»
—	22. Schadle	?	F.	6 mois	peu de gêne.	»
—	23. Watson.....	50 ans	F.	»	dyspnée, dysphagie	»
—	24. —	16 ans	F.	5 ans	»	»
—	25. Wolf.....	18 ans	F.	6 ans	gêne dans le gosier	»

Traitement et voie d'accès.	Anesthésie	Résultats	Observations (examen histologique)
"	"	mort 16 heures après la naissance par asphyxie.	goître colloïde.
sus-hyoïdienne	"	guérison en 6 semaines.	tissu thyroïdien avec substance colloïde à l'intérieur des follicules
buccale	?	récidive après première tentative, guérison après la seconde.	adénome tubulaire.
sus-hyoïdienne	?	guérison.	tissu thyroïdien normal. L'un des lobes porte une invagi- nation représentant le fo- ramen cœcum.
buccale	?	guérison.	hémorragie, tissu thyroïdien trachéotomie.
buccale	?	guérison.	hémorragie, tissu thyroïdien pas de trachéotomie.
buccale	éther	guérison en 15 jours.	pas de récurrence 3 mois après, goître colloïde.
"	"	"	tissu thyroïdien typique.
buccale	"	guérison en 3 semaines. récidive, réopérée	trachéotomie, pas de récurrence la seconde fois
buccale par arrachement	chloro- forme	hémorragie, guérison en 10 jours	structure de corps thyroïde normal.
extirpation par voie buccale	?	myxœdème plus intense et disparition des règles.	goître folliculaire, avec dégé- nescence colloïde.
buccale	?	guérison.	tissu thyroïdien.
buccale	"	guérison.	trachéotomie, goître colloïde.
buccale	cocaïne	myxœdème 7 mois après.	traitement opothérapique, guérison.
"	"	"	diagnostic posé, goître lin- gual. Pas d'extirpation.
"	"	"	diagnostic posé : thyroïde acces- pas d'examen histologique.
ure radicale	"	guérison.	diagnostic porté : goître aber- rant.
"	"	"	goître colloïde.
extirpation extirpation	"	myxœdème post opératoire guérison.	" on laisse une petite partie de la tumeur.
non opéré	"	"	diagnostic porté : goître acces- soire.
extirpation voie buccale	"	guérison.	glande thyroïde accessoire.
"	"	"	tum. ulc. env. p. le bac. de Koch.
buccale (galv-cautère). uré puis extirpation 1 mois après transn an- tibulaire.	cocaïne	guérison.	tis. thyroïd. av. dégénères. colloïde. trachéotomie, tissu thyroïdien.

Date	Auteurs	Age	Sexe	Durée depuis l'apparition jusqu'à la consultation	Volume de la tumeur et Symptômes fonctionnels	Thyroïde normale
1900	26. Narrath	»	F.	»	»	»
—	27. Vallas	20 ans	F.	»	dysphagie, dysphonie, volume d'une noix.	»
—	28. Wakabalaski	20 ans	F.	3 mois	»	»
1901	29. Theisen	67 ans	F.	»	»	»
1902	30. Curtis et Gaudier	21 ans	F.	5 ans	dysphagie, dysphonie, volume d'une prune.	petite
—	31. Goris	36 ans	F.	»	dysphagie, dysphonie, dyspnée, grosseur d'un marron.	»
—	32. Gaudier et Chevallier.	20 ans	F.	»	dysphonie, dyspnée nocturne, châtaigne.	absente
—	33. —	21 ans	F.	5 ans	dysphonie, dyspnée, dysphagie, noix.	petite
—	34. Teweles	13 ans	F.	»	ronflement nocturne.	»
—	35. Winslow	17 ans	F.	»	dysphonie, œuf de pigeon.	normale
1903	36. Hanzel	50 ans	F.	»	dysphonie, mandarine	»
—	37. Onodi	26 ans	F.	»	dysphagie, noisette	»
1904	38. Quensel	30 ans	F.	2 mois	»	normale
—	39. Riethus	17 ans	F.	»	noix	»
—	40. Smith	50 ans	F.	43 ans	»	normale
—	41. Storrs	9 ans	F.	6 mois	noix.	»
1905	42. Meixner	20 ans	F.	»	gêne dans la bouche; noix.	»
—	43. —	mort-né	»	»	autopsie.	absente
—	44. Murphy	34 ans	F.	15 ans	»	»
—	45. —	45 ans	M.	3 semaines	pas de troubles fonctionnels.	»
1906	46. Berger	32 ans	F.	5 ou 6 ans	dysphonie légère dysphagie œuf de poule.	»
—	47. Jacques	16 ans	F.	«	dyspnée, dysphonie, mandarine, myxoedème fruste	absente

Traitement et voie d'accès	Anesthésie	Résultats	Observations (Examen histologique)
transhyoïdienne.	"	"	l'auteur rapporte un cas de goître de la base de la langue chez une femme adenome thyroïdien.
buccale	"	récidive, deuxième opération transhyoïdienne, guérison.	corps thyroïde aberrant.
buccale	chloroforme	guérison.	pas d'opér. à cause de l'âge avancé.
buccale	chloroforme	guéri le 6 ^e jour, mais myxœdème léger, guéri par trait. opothérapique.	pas de récidive au bout d'un an; tissu thyroïdien normal
sub-linguale.	chloroforme	guérison.	crico-tracheotomie, tissu thyroïdien normal.
transhyoïdienne.	chloroforme	pas de récidive après un an	position de Rose, on laisse un fragment de la tumeur. Tissu thyroïdien normal.
buccale	chloroforme	guérison.	Basedowisme fruste, position de Rose; goître colloïde,
buccale	"	guérison.	goître colloïde.
sus-hyoïdienne	"	guérison.	tissu thyroïdien.
buccale	cocaïne	guérison.	Biopsie suivie d'hémorragie montre tissu thyroïdien embryonnaire.
ablation ?	"	"	Strume accessoire de la base de la langue.
buccale	générale	guérison.	tissu thyroïdien.
2 extirpations buccales, écrasement.	cocaïne	récidive une troisième fois à 50 ans, extirpation. guérison	goître colloïde.
buccale	"	hémorragie.	tissu thyroïdien, première opération à 9 ans.
"	"	guérison.	opération non terminée.
buccale	"	hémorragie profuse suivie d'une deuxième 2 jours après, pas d'hémorragie la seconde fois, guérison en 10 jours.	goître colloïde.
puis	"	guérison.	asphyxie par la tumeur, tissu thyroïdien.
sus-hyoïdienne	chloroforme	myxœdème post-opératoire, traitement opothérapique interrompu par tuberculose.	tissu thyroïdien.
extirpation transhyoïdienne, drainage	chloroforme	pas d'accentuation des troubles de myxœdème	goître colloïde.
buccale (anse chaude)	chloroforme		tissu thyroïdien normal et adénomateux et par places apparence de malignité (épithélioma).
			pas de trachéotomie; tête déclinée; tissu thyroïdien embryonnaire.

Date	Auteurs	Age	Sexe	Durée de l'application jusqu'à la consultation	Volume de la tumeur et symptômes fonctionnels	Thyroïde normale
1906	48. Jacques	22 ans	F.	»	dyspnée, dysphonie myxœdème fruste.	absente
—	49. Lenzi	»	F.	»	»	»
—	50. Lenzi	»	F.	»	»	»
—	51. Makins	31 ans	F.	3 sem.	dysphagie puis dyspnée intense, noix.	isthme absent
1907	52. Sébileau	14 ans	F.	»	dyspnée, myxœdème léger	absente
—	53. —	18 ans	F.	»	hémorragies surtout pendant règles, œuf de pigeon myxœdème.	absente
—	54. Strauss	25 ans	F.	»	»	»
1908	55. Perkins	12 ans	F.	»	dysphonie, après diphtérie : adénoïdes incriminées et enl. œuf de poule	»
1909	56. Baber	16 ans	F.	»	»	»
—	57. Grant	23 ans	F.	»	dysphonie.	»
—	58. Meurers	20 ans	F.	»	myxœdème, noix.	»
—	59. Powers	31 ans	F.	2 sem.	dysphonie.	»
—	60. Stuart Low	32 ans	F.	»	dysphonie, envie d'avaler.	»
1910	61. Austoni	12 ans	F.	»	myxœdème, dysphagie, dysphonie depuis 3 mois œuf de pigeon.	absente
1911	62. Badgerow	17 ans	F.	»	dysphonie attribuée à végétations; revient guérie. Examen laryngoscopique, grosseur à la base de la langue.	»
1911	63. Gellé et Bertein.	18 ans	F.	quelques jours	hémorragies, noisette.	»
—	64. — —	40 ans	F.	quelques semaines	accès de suffocations, mandarine, (bronchite concomitante).	»
—	65. Harris	16 ans	F.	6 mois	dysphagie, dysphonie, œuf de pigeon.	»
—	66. Mayo	46 ans	F.	examiné en 1893	»	»
—	67.	18 ans	M.	exam. 1896 datant de 6 ans	dysphonie..	»

Traitement et voie d'accès	Anesthésie	Résultats	Observations Examen histologique
buccale (anse chaude)	chloro- forme	pas d'accentuation des troubles de myxœdème.	on enlève seulement les 2/3 de la tumeur, tissu embryon- naire également.
"	"	"	l'auteur cite deux cas de goî- tre de la base de la langue contrôlés par examen his- tologique.
"	"	"	"
buccale	chloro- forme	guérison.	on laisse un morceau de la tumeur en place, goître col- loïde.
thyroïdien	"	amélioration nette.	tumeur linguale sans change- ment.
thyroïdien	"	amélioration, disparition des œdèmes.	"
ablation buccale	" éther	guérison. guérison.	tissu thyroïdien. goître colloïde.
buccale anse gal.	"	guérison.	tissu thyroïdien.
"	"	"	probabilité d'une tumeur thyroïd.
bouche (anse galv). ablation	"	"	habitant pays de goître. tissu thyroïdien avec subs- tance colloïde.
enlevée incomplète à 41 ans. Récidive.	"	"	l'auteur se propose d'enle- ver complètement la tumeur
buccale	"	pas d'accentuation du myxœdème 6 mois après	goître parenchymateux ecto- dié (Austoni).
buccale	"	guérison.	laryngotomie inter-crico, tis- su thyroïdien.
buccale	chloro- forme	guérison.	2 lobes, adénome dans l'un. goître parenchymateux dans l'autre.
transhyoïdienne	chloro- forme	guérison 15 jours après.	trachéotomie nécessitée par asphy- xie, opération reportée à cause de l'état général, goître paren- chymateux et kystique.
buccale	"	guérison.	biopsie sans résultat : tissu thyroïdien normal d'après la pièce opératoire.
buccale	locale puis générale	guérison	goître colloïde.
transmandi- bulaire		guérison	adénosarcome

Date	Auteurs	Age	Sexe	Durée de l'application jusqu'à la consultation	Volume de la tumeur et symotômes fonctionnels	Thyroïde normale
1911	68. Mayo	63 ans	M.	examiné en 1910 datant de 18 mois	œuf de poule, indolence.	
1912	69. Fetterolf	34 ans	M.	»	œuf de poule, indolence, pas d'adénopathie.	
1912	70. Gachet	25 ans	M.	enfance	pas de gêne, lésion congénitale concomitante du maxillaire inférieur et de l'oreille interne à gauche (Atrophie).	lobe gauche absent
—	71. Smith	25 ans	F.	»	noix, pas de gêne, pas d'adénite	»
	72. —	79 ans	F.	4 ans	noix.	présente
	73. —	21 ans	F.	3 ans	toux,	non sentie
1913	74. Lindt	23 ans	F.	»	hémorragies, dyspnée, mandarine.	»
—	75. Seligmann	6 mois	F.	6 mois	noisette.	»
1914	76. Asch	28 ans	F.	14 jours	dyspnée nocturne.	»
—	77. Howarth	?	M.	»	dyspnée dysphagie, prune	très petite isthme absent
1918	78. Lambert-Lack ..	adulte	F.	»	peu de gêne, prune.	»
1922	79. Didier	49 ans	F.	»	gêne, picotements, hémorragies, dysphagie, myxœdème.	semble absente
—	80. Madier et Thaleimer	14 ans	F.	»	nasonnement attribué à végétations qui sont enlevées, revient 2 m. apr. vol. d. une noix	»
—	81. Observation personnelle (service de M. le prof ^r Moure).	45 ans	M.	plusieurs mois	gêne à la base de la langue tuméfaction dans la région sous maxillaire droite.	»

Traitement et voie d'accès	Anesthésie	Résultats	Observations Examen histologique
buccale	»	guérison	thyroïde aberrante avec infiltration osseuse.
»	»	»	malade tuberculeux pulmonaire, diagnostic posé thyroïde aberrante, opération refusée.
trans- hyoïdienne	chloro- forme	légers troubles d'insuffisance thyroïdienne post-opératoire, guéris par traitement.	tissu thyroïdien embryonnaire et kystique.
»	»	»	pas d'examen histologique.
»	»	»	id.
»	»	»	id.
ablation	»	myxœdème post-opératoire guéri par traitement thyroïdien.	trachéotomie, goître colloïde parenchymateux.
buccale	éther	guérison.	pas d'examen histologique.
buccale	?	guérison en 10 jours.	goître colloïde kystique.
?		guérison.	trachéotomie.
»	»	»	diagnos. prob. glande thyroïde
médical, opothé- rapie pend. 15 ans trait.opothérapique	»	»	les signes fonctionnels semblent augmenter depuis le début de la ménopause. l'auteur se refuse à opérer.
buccale	chloro- forme	hémorragie abondante guérison en 14 jours.	pas de trachéotomie, glande thyroïde aberrante.
incision curviligne à égale distance du bord inf. du maxillaire inf. et de la gr. corne de l'os hyoïde.	loco- régionale (novo- caine)	guérison.	pas de trachéotomie, énucléation Le malade habite un pays goïtrigène.

Observation personnelle.

(Service de M. le Professeur Moure).

Monsieur X..., 45 ans, de Pau, se présente à la consultation du Professeur Moure pour une gêne de la déglutition et une tuméfaction dans la région sous-maxillaire droite.

Cette tuméfaction aurait débuté, il y a plusieurs mois et aurait augmenté d'une façon très sensible jusqu'à l'époque actuelle. Le malade n'éprouve aucune douleur et aucune manifestation fonctionnelle autre que la dysphagie. Il a subi sans résultat plusieurs séances de radiothérapie.

A l'examen, on constate, en effet, dans la région sous-maxillaire droite, la présence d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine, régulièrement arrondie quoique lobulée, sans modification de couleur de la peau qui est lisse et non adhérente aux plans profonds sur lesquels elle glisse normalement. A la palpation, les limites en sont nettes, un peu rénitentes par endroits, mais dans l'ensemble, la tumeur donne une sensation assez générale de dureté, sans être ligneuse cependant ; cette palpation n'est pas douloureuse.

Par l'examen intra-buccal, on constate que le plancher de la bouche du côté droit est soulevé et que la partie saillante se perd dans la base de la langue. Par le toucher bi-digital un doigt dans la bouche et l'autre main placée dans la région sous-maxillaire on peut déplacer cette tumeur dans son ensemble. La muqueuse buccale glisse aisément à sa surface. Rien de particulier à noter du côté gauche.

Après avoir éliminé, le diagnostic de sous-maxillite, d'adénite et surtout de néoplasme malin, on songe, soit à un lipome, soit à un goître de la base de la langue et on décide l'intervention.

Celle-ci est pratiquée le 3 juillet 1922, par le Professeur Moure sous anesthésie loco-régionale ; on fait une incision curviligne, à peu près à égale distance de la grande corne de l'os hyoïde et du bord inférieur du maxillaire inférieur. Après l'incision de la peau, du peaucier, de

l'aponévrose cervicale superficielle, on tombe sur la glande sous-maxillaire qui paraît normale, mais un peu refoulée et comprimée contre la face interne du maxillaire inférieur. Ablation de cette glande, section et ligature de la faciale, incision des muscles qui forment le fond de la loge sous-maxillaire et on tombe ainsi sur un plan de clivage qui permet de dégager au doigt et à la sonde cannelée assez facilement la presque totalité de la tumeur.

Néanmoins, par suite de l'application des rayons X, certaines parties assez adhérentes doivent être séparées à l'aide de ciseaux courbes.

On arrive ainsi sur un pédicule large s'enfonçant dans la profondeur tout à fait vers la base de la langue. Ce pédicule, enserré dans un catgut solide est sectionné le plus près possible de son insertion ; il a l'épaisseur d'un doigt et pénètre profondément sur la base de la langue dans la région pré-épiglottique.

Les suites opératoires sont normales bien que toutefois, probablement à cause de l'application préalable des rayons X, la plaie ait eu un peu de tendance à suppurer ; ce qui a obligé à faire un drainage pendant quelques jours.

Le malade revu ces temps derniers est resté complètement guéri de son opération.

Examen anatomo-pathologique de la pièce pratiqué par M. le Docteur Georges Portmann après coloration à l'hématéine-éosine.

On note sur la préparation l'aspect caractéristique du tissu thyroïdien normal. Les cavités sont limitées par une assise épithéliale formée de cellules très aplaties à type endothélioforme par endroits. En un point, ces éléments n'ont plus l'ordonnement normal ; la prolifération cellulaire est abondante et assez irrégulière constituant de véritables boyaux sinueux. Ailleurs on constate dans une épaisse couche de tissu conjonctif, l'irruption de petits îlots épithéliaux très irrégulièrement placés.

CONCLUSIONS

I. — Le goître de la base de la langue peut être constitué par le corps thyroïde ectopié, ou par des fragments de l'ébauche thyroïdienne médiane. Il siège au niveau du foramen cœcum.

II. — Il est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Son apparition et son développement est en rapport avec la période d'activité de l'appareil endocrinien, principalement au moment de la puberté. Ses données étiologiques sont les mêmes que pour les goîtres ordinaires.

III. — Les symptômes cliniques sont ceux des tumeurs bénignes de la base de la langue. Ils consistent en signes fonctionnels (sensation de corps étranger, troubles de la déglutition, de la phonation et parfois même de la respiration) et en signes objectifs variables suivant les dimensions de la tumeur.

IV. — L'évolution est lente, pouvant passer inaperçue.

V. — Les complications, dues à leur nature thyroïdienne, sont celles du goître ordinaire : basedowification, myxœdème, cancérisation ; celles qui sont dues à leur situation sont l'anémie par répétition des hémorragies et les crises d'asphyxie par

obstruction des voies aériennes. Le pronostic dépend de ces complications.

VI. — Le traitement médical est inopérant sauf s'il y a myxœdème : il est alors le seul à tenter dans ce cas.

Le traitement chirurgical comporte l'ablation totale. Celle-ci se fait par divers procédés dont le choix sera guidé par la dimension et le siège de la tumeur. L'anesthésie pourra être générale ou mieux loco-régionale. La trachéotomie est une bonne précaution.

Vu :
Le Doyen,
Dr C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer
Le Président,
Dr E. J. MOURE

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 octobre 1922.
Le Recteur de l'Académie.
Pour le Recteur,
Le Vice- président du Conseil de l'Université,
Emmanuel FALLOU

BIBLIOGRAPHIE

- Andereya.** — La persistance du canal thyroéglasse. (*Klin. therap. Wochens.* 6 juin 1910).
- Armeilla.** — *Le goître lingual*, thèse de Lyon 1900.
- Asch (R.).** — Die Zungenstruma gleichzeitig ein Kasuistischer Beitrag zum myxœdem und zur Frage der postoperativen Tetanie. (*Deutsche Zeitsch f. Chir.*, 1914, p. 593-627).
- Aschoff.** — Über einen Fall von Angeborenen Schilddrüsen mangel (*Deutsche medic. Wochens.*, 1899).
- Austoni.** — Sui tumori linguali di natura thireoidea. (*Clin. chirurgica* Milano 1910, p. 1619-1646).
- Baber.** — Adénome de la langue. (In *Revue de laryngologie*, 1895, page 28).
- Backer.** — Ein Fall von Zungenkropf. (*Niederlandische Zeitschrift*, 1910).
- Badgerow.** — Thyroïde linguale. Roy. Soc. of méd. Sect. Laryng. in the *Journal of Laryngol.*, mars 1911 et in *Revue de Laryngologie* 1912, tome I, page 628.
- Benjamins.** — Ein Struma op den Wortel van de tong. (*Nederl. Tijdschr. Amst.* 1899, 2 R. (pages 194-210).
- Bérard.** — *Nouveau traité de chirurgie*. Les goîtres fasc. XX, page 308.
- Bérard et Chalié.** — Les tumeurs solides et kystiques du tractus thyroéglasse. (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1908, page 1).
- Berger.** — Goître lingual. (*Bull et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1906, pages 1161-1172).
- Bernays.** — Origine du foramen cœcum de la langue prouvée par l'enlèvement d'une tumeur de la base de la langue. (*Saint Louis Méd. and Surg. journal*, oct. 1888).
- Bochdaleck.** — Über das foramen cœcum des Zunge (*Zeitschr. für Heilkunde*, 1886, n° 36-37, p. 42-45).

- Brentano.** — Struma aberrata linguae suit drusen metastasen (*Deutsche med.* Leipzig u. Berlin, 1911, page 665)
- Brindel.** — Epithélioma pavimenteux de la base de la langue et des replis glosso-épiglottiques médian et latéral gauche. Ablation par voie transhyoïdienne (*Soc. Anal. de Bordeaux*, 21 juin 1897).
- Brooks.** — De l'origine de la glande thyroïde (*Bull. of the John Hopkins hosp.*, mai 1893)
- Brunner.** — Ein Zungenstruma (*Cor. Bl. F. schweitz Aerzte*, Basel, 1911, p. 72).
- Butlin.** — On two cases of glandular tumor of the tongue. *Clin. Soc. Trans.*, 1890, vol. 23, p. 1118 et *Brit. Méd. Journal*, 1890, p. 545.
- Carpenter.** — A tumor at the root of the tongue for diagnosis, a retention cyst or a misplaced thyroid. (*Rep. Soc. Study Dis. Child.*, Lond. 1903, p. 61-63).
- Chamisso de Boncourt (Von).** — Die Struma der Zungenwurzel (*Beitrag für klin. Chir.*, 1897, Bd XIX, p. 281).
- Chavannaz.** — De l'amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 juin 1901).
- Chemin.** — Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane, (*thèse de Bordeaux*, 1895-96).
- Chevalier.** — Tumeurs linguales solides d'origine thyroïdienne. Travail de la clinique de Laryngologie. Lille 1902. (*Thèse*).
- Collins Warren.** — A case of enlarged accessory thyroid gland at the base of the tongue. (*The American Journ. of the Méd. Sc.*, oct. 1892, p. 377).
- Crandon.** — Cas cité par Storrs in *Annals of Surgery*, 1904 tome XXX, p. 323.
- Cristiani.** — Des glandules thyroïdiennes accessoires chez la souris et le campagnol. (*Arch. de Phys. norm. et path.*, Paris 1893, p. 279).
- Crone.** — Uber Struma metastasen. (*Beitrag z. Clin. chir.*, 1914, p. 94-96).
- Curtis et Gaudier.** — Un cas de goître lingual. (*Revue de Laryngologie*, 1902, tome I, page 417-432).
- Defaucamberges.** — Contribution à l'étude du corps thyroïde. (*Thèse* Paris, 1889).

- Didier.** — Un cas de goître lingual in *oto-rhino-lar. Internat.* 1922, n° 1, page 10.
- Dubourdieu.** — Des tumeurs bénignes de la base de la langue. (*Thèse de Bordeaux*, 1896-97).
- Duran.** — De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngolaryngée. (*Thèse de Bordeaux* 1901-02).
- Faure.** — La voie transhyoïdienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-épiglottique. (*Bull. de Laryngol.* n° 4, 30 déc. 1903).
- Feldmann.** — Struma lingualis and sublingualis, (*Ovorsihetel*, Budapest, 1907, p. 342).
- Fetterolf.** — A case of lingual thyroïd. (*Laryngoscope St-Louis*, 1912, p. 1015-1019).
- Finder.** — Ein Fall von Zungenstruma. *Zentralblatt für Laryng*, 1903.
- Flatau.** — Ein Fall von Zungenstruma. (*Sitzungsbericht der Berliner*, 1904).
- Frédéricq.** — Thyroïde, corps ou glande, anatomie. (*Dict. encycl. des S. méd.*, Paris 1887, S, XVII, p. 453-455).
- Gachet.** — Goître de la base de la langue avec lésion congénitale du maxillaire inférieur et de l'oreille interne. (*Arch. de méd. Nav.*, Paris, 1912, tome 97-98, pages 53-61).
- Galish.** — Struma accessoria baseos linguac. Opération. (*Deutsch. Zeitschr. für Chir.*, 1894, p. 560-571).
- Gaudier.** — Anatomie de la glande thyroïde. (*Thèse de Lille*, 1892).
- Gaudier et Chevalier.** — Deux cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue. (*Echo Méd. du Nord*, Lille 1902, p. 397-408).
- Tumeur de la base de la langue (thyroïde) chez une femme de 20 ans. Extirpation par la voie transhyoïdienne guérison; (*Presse oto-rhino-laryng.*, Belg. Brux., 1903, pages 28 à 32).
- Gellé et Bertein.** — Les tumeurs solides thyroïdiennes de la base de la langue. (*Gaz. des Hop.*, Paris 1911, p. 301-304 et *Echo méd. du Nord*, Lille 1911, p. 113-117).
- Ginzberg.** — Un cas de goître lingual. (*Yezhmics Ushn Gorlow etc.* Saint-Petersbourg, 1911, p. 527-530).
- Gley.** — Des glandules accessoires de la glande thyroïde. (*Sem. méd.*, n° 2, 1893).

- Goris.** — Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue. Extirpation par les voies naturelles. Guérison. (*Bull. Acad. Roy. de Méd. de Belg.*, Brux. 1902, p. 315-318).
- Grant Dundas.** — Tumeur du pharyngoglosse non maligne. Possibilité d'une tumeur dermoïde ou d'une thyroïde accessoire. in *thèse* de Leullier, 1908-09).
- Hanzel.** — Tumeur rare de la base de la langue (thyroïde) (*Arch. für Laryng.* Band. XIV, Heft 1, 1903).
- Harris.** — Thyroïde accessoire de la langue de nature probablement kystique. (*The Laryngoscope*, fév. 1911).
- Harsha.** — Aberrant thyroid; usual location methods of approach to the base of the tongue. (*Surg. Clin. Chicago*, 1912, p. 312).
- Hickmann.** — Congenital tumor of the base of the tongue... causing death, 16 hours after birth. (*Pathol. transact.*, 1869, vol. 20, p. 160).
- His.** — *Anatomie menschl. embryonen.* Fasc. I 1880. Fasc II, Fasc. III, 1885, Heft III, p. 64-72 et 97-102.
— Der tractus thyreoglossus und seine Beziehungen zum Zungebein. (*Arch. für anat. und phys.*, 1891, p. 26-32).
- Holmes.** — Lingual thyroid. (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, 12 août 1899, p. 388).
- Howard.** — Tumeur thyroïdienne aberrante de la base de la langue in *Revue de Laryngol.*, 1914, p. 17).
- Illraith.** — Glande thyroïde accessoire proéminent dans la bouche. (*British Méd. Journ.*, 1^{er} décembre 1894).
- Jacques.** — Goître lingual. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1906, page 151).
— Goîtres linguaux. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy 1906, p. 182).
- Kadyi.** — Über accessorische Schilddrüsen lappchen in der Zungenbeingegend in *Arch. für Anat. und Phys.*, 1879.
- Kanthack.** — The thyreoglossal duct (*Journal of Anat. and Phys.* janv. 1891, vol. XXV, page 155).
- Kast and Rumpel.** — Accessory thyroid gland of the base of the tongue. (*Illust. path. Anat.*, Lond. 1893).
- Kraske.** — Un cas de thyroïde aberrante de la base de la langue. Myxœdème après extirpation, obs. citée par von Chamisso. (*Beitrag für Klin. chir.* 1897. et *Münchener méd.* 1897).

- Labouré.** — Le goître lingual et sublingual. (*Arch. prov. de Chir.* 571-573, Paris 1912).
- Lack Lambert.** — Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue in *Revue de Laryngol.*, 1919, page 500.
- Lenormant.** — Les goîtres in *Précis de Pathol. chir.* tome II de Bégouin, Bourgeois, Duval, etc.
- Lenzi.** — Deux cas de goître lingual. (*Lo Sperimentale*, anno LIX, fasc. 6, nov. déc. 1905, p. 852).
- Leullier.** — Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue. Paris 1908-09. (*Thèse*).
- Lindt.** — Ein Fall von Struma baseos linguae. (*Zeitsch. für Laryng.* etc., 1913, p. 759-766).
- Livi.** — Un caso di struma tiroidea della base della lingua. (*Policlin.* Roma, 1910, p. 395-397).
- Lympius.** — Struma accessoria der Zungenbasis. Extirpation, Heilung., (*Deutsche. Zeitch. für Chir.*, 1896-97, p. 451-454).
- Mackins.** — A clinical lecture on a case of lingual goître. (*Lancet*, London, déc. 1906, p. 1569).
- Madier et Thaleimer.** — Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langue in *Arch. intern. de Laryngol.*, p. 60, janv. 1922.
- Maryjes.** — Glandule thyroïdienne accessoire de la base de la langue. (*Soc. Belg. d'oto-rhino-laryngologie*, 1899).
- Matti.** — Normal method fur die operation der Zungenstruma. (*Arch. für klin. chir.*, Leipzig, 1913, p. 241-251).
- Mayo.** — Lingual, sublingual, and other forms of aberrant thyroïd in *Journ. Am. Med. Ass.* Chicago, 1911, p. 784-786 et in *Revue de Laryngologie*, 1912, tome I, page 476.
- Meixner.** — Zwei Falle von Zungen struma baseos linguæ. (*Deutsch Zeitsch. für clin.*, Leipzig, 1905, p. 1 à 19).
- Merten.** — Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue. (*Arch. für Anal. und Physiol.*, 1879, p. 483).
- Meurers.** — Zur Kasuistik der Zungenstruma. (*Zeitschr. für ohrenheilkunde*, tome 59, fasc. 4, 1909, page 331-333).
- Mixter.** — Accessory thyroïd at the base of the tongue. (*Massachusets gen. hospital*, août 1895).

- Moure.** — Article « Pharynx » du *Dict. Encycl. des S. Méd.*, 1887.
— De l'épiglottectomie par voie externe in *Revue de Laryngol.* 1900, tome II, page 401.
- Moure et Portmann (Georges).** — Voies d'accès sur la région épiglottique. (*Revue de Laryngol.*, n° 16, 19 septembre 1921).
- Murphy.** — Superior accessory thyroïd (*J. Am. M. Ass.* Chicago, 1905, page 1854-1862).
- Nakamura.** — Thyroïde aberrante de la base de la langue, *Koseikvan Sjiken kyukivar Zasshi XVII*, n° 2, 1911.
- Narrath.** — Ein Fall von Zungenstruma. (*Zentralblatt für Laryngol.* 1900).
- Neumann.** — Un cas de tumeur glandulaire à la base de la langue. (*Budapest k. oveseguy*, 1912, I. K. page 63).
- Onodi.** — Struma accessoria am Zungengrunde. (*Arch. für Laryng.* 1902-03, Bd 13 p. 448).
- Parish.** — Persistence of the thyreoglossal duct. (*Un. States Nav. Med. Bull.*, Washing., 1918, p. 713).
- Parker.** — Tubular adenoma of root and dorsum of tongue. (*Pathol. Transact.* 1881, vol. 32, p. 238).
- Patoureau.** — Contribution à l'étude des goîtres aberrants, Paris 1912. (*Thèse*).
- Perkins.** — Accessory thyroïd at base of tongue. (*Laryngoscope.* St-Louis 1908, p. 292-296).
- Powl.** — Carcinomes of an accessory thyroïd. (*Annals of Surg.*, Phila., 1910, p. 711).
- Poirier.** — *Anatomie.* Développement du corps thyroïde, tome IV, page 557.
- Poisson.** — Goîtres aberrants multiples. (*Gaz. Méd. de Nantes*, 1911 XXIX, p. 1029).
- Posthumus Meyjes.** — Un cas de glandula thyreoïdā accessoria de la base de la langue. (*Bull. Soc. belg. d'oto-rhino-laryngologie* Brux., 1899, p. 86-89).
- Powers.** — Tumeur de la langue au niveau du foramen cœcum (gl. thyroïde) in *thèse* Leulier 1908-09, Paris.
- Prenant.** — *Sur le développement des glandes accessoires de la glande thyroïde et celui de la glande thyroïde*, 1896, p. 242-244.

- Quensel.** — Fall of struma accessoria baseos linguæ. (*Upsala Lakaufrörh*, 1904-05 et in *thèse* Leullier 1908-09).
- Quénu.** — Les arcs branchiaux chez l'homme. (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1886).
- Rabinovitz.** — Aberrant thyroïd tumor of the tongue. (*New-York Med. Journ. Ass.*, 1918, tome 2, p. 191-194).
- Reintjes.** — Un cas de thyroïde accessoire de la base de la langue (*Nederl. Gessel. für Hals.* mai 1898).
- Riethus.** — Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Struma lingualis. (*Deutsch. Zeitsch. für chir.*, 1904, tome 74, p. 142-162).
- Rutgers.** — Ein Fall von Zungenstruma. (*Sitzungsbericht der Holl. Gesellschaft für chir.*, 1913).
- Schadle.** — Accessory thyroid tumor at base of tongue. (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1899, XXXIII, p. 386-388).
- Schilling.** — Zungenstruma etc. (*Wors. Maj. ect.* Kristiania, 1912, 5 R., p. 347-357).
- Schwarz.** — Un cas de goître lingual. (*Liec, vietsnik u. Zagreb*, 1905, p. 311-314).
- Sébileau.** — Deux cas de goître de la base de la langue accompagnés de myxœdème in *thèse* Leullier, 1908-09.
— Présentation d'instruments. (*Bull. et Mém. de Soc. de Chir.*, 10 nov. 1908, p. 1131).
- Seelye.** — Thyroglossal tumor (aberrant thyroïd) report of a case. (*New-York, Med. Journ.*, 1916, p. 334).
- Seldovitsch.** — Ein Fall von struma accessoria baseos linguæ. (*Centralblatt für chir.*, Bd. XXIV, 1897, p. 449).
- Seligmann.** — Une tumeur sur la base de la langue. in *Arch. internat. de Laryng.*, 1914, page 211.
- Smith.** — Glande thyroïde accessoire sur le tiers postérieur de la langue. (*New-York Med. Journ.*, 29 oct. 1904).
— Accessory thyroïd tumors of the tongue. (*Annals of oto-rhino laryng.*, vol. XX, juin 1911, page 367).
- Soulié et Verdun.** — Sur les premiers stades du développement de la thyroïde médiane chez les mammifères. (*Soc. de Biol.*, 1897).
- Spencer.** — The thyreoglossal tract. (*Lancet*, London, 1914, p. 522-524).
- Staëlin.** — Zur Kasuistik der Accessorischen Schilddrüse (*Jahrbücher der Hamburg, etc.*, 1891-92, p. 423).

- Stirling.** — Lingual goître. (*Annals of Surg.*, Phila., 1907, tome 46, page 826-828).
- Storrs.** — Lingual goître. (*Annals of Surg.*, Phila. 1904, p. 323-346)
- Strasburg.** — Ein Fall von Zungenstruma. (*Zentralblatt für Chir.* 1911).
- Strauss.** — Struma accessoria dorsalis baseos linguæ. (*Méd. klin.*, Berlin, 1906, p. 1259-1261).
- Struma baseos linguæ. (*Deutsch. Méd. Wochens.*, 1907, p. 322).
- Stuart Low** — Case of thyroïd tumor of the tongue (*Proc. Roy. Soc. Méd.*, 1908-09, Laryng. Sect. 109).
- Summers.** — Accessory thyroïd tumors situated at the base of the tongue. (*Ann. of Med.*, Phila., 1903, V p. 170).
- Terrion.** — Considération sur l'étiologie du goître. Paris, thèse 1893
- Teweles.** — Ein Fall von Struma der Zungenwurzel. (*Wien. klin. Wochens.*, 1902, p. 204).
- Testut.** — *Anatomie humaine.* Article Pharynx. 6^e édit. tome IV, 1912.
- Theisen.** — A case of accessory thyroïd tumor at the base of the tongue. (*Tr. Am. Laryngol. Rhinol. et Otol. Soc.*, 1901, p. 297-302).
- Tourneux.** — *Embryologie humaine*, 1922, article thyroïde, p. 198.
- Treitel.** — Tumeur congénitale de la base de la langue. (*Berlin méd. Gesellsch.*, 25 V, 1898).
- Vallas.** — Tumeur thyroïdienne de la base de la langue. Extirpation par la voie transthyroïdienne. (*Rev. de chir.*, 18 mai 1900).
- De la Pharyngotomie transthyroïdienne. (*Gaz. des Hôp.*, 16 janv. 1896).
- Van Selms.** — Zungenstruma. (*Monat. f. Ohrenheilkunde.*, 1898).
- Villar et Papin.** — Kyste du canal thyroïdienne. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1919, p. 471).
- Wakabajasky.** — Ein Fall von Zungenstruma. (*Zentralblatt für Laryng.*, 1900).
- Walther.** — Zur Pathologie und Therapie der Zungenstruma. (*Beitrag zur klin. chir.*, 1912, p. 116-125).
- Watson.** — A report of two cases of accessory thyroïd gland at the base of the tongue. (*New-York Méd. Journ.*, 1899, p. 579-581).
- Wikerhauser.** — Struma baseos linguæ. (*Liecnieck viestnick w. zagrebn*, 1900, p. 200).

Winslow. — Accessory thyroïd tumor situated at the base of the tongue. (*Annals of med.*, Phila., 1902, p. 939).

Wolf. — Une glande thyroïde accessoire. (*British medical Journal*, 15 juin 1889).

— Ein Fall von accessorischer Schilddrüse. (*Arch. für klin. chir.* Bd XXXIX, p. 224, 1899).

Zuckerkandl. — *Über eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in die regio supra hyoidea.* Stuttgart, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	13
Chapitre Premier. Embryologie. — Formation de la base de la langue et de l'ébauche du corps thyroïde	17
Formation du corps thyroïde	18
Idées nouvelles de Soulié et Verdun	19
Tractus thyroéglosse	19
Thyroïdes accessoires. Classification	20
Chapitre II. Pathologie. — Etiologie	22
Pathogénie	23
Anatomie pathologique	25
Symptomatologie	27
Evolution, Pronostic Complications.....	30
Diagnostic	31
Chapitre III. — Traitement	35
Chapitre IV. Observations. — Tableau chronologique	43
Observation personnelle	50
Conclusions	55
Bibliographie	57
